Tome I. — N° 1 Janvier 1956

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

ÉLECTROCHOC-THÉRAPIE INTENSIVE (MÉTHODE D'ANNIHILATION) DANS LE TRAITEMENT DE SUJETS CRIMINELS PARTICULIERS (*)

PAR

Giorgio LEGGERI (de Rome)

L'argument de l'électrochoc-thérapie dans le traitement de certaines formes de délinquance habituelle est devenu un argument d'actualité, à la suite de la publication du nouveau traité de criminologie du professeur B. di Tullio (1). L'allusion de B. di Tullio à cette méthode de thérapie a fait l'objet d'une communication de Bachet lors de la réunion de la Société médico-psychologique du 20 décembre 1954 (2). Le rapport présenté par Bachet sur cet argument, et les discussions qui suivirent, nous ont incité à revenir sur cette question, dans le but de mettre au point les conceptions permettant de faire connaître la méthode,

(*) Institut d'anthropologie criminelle de l'Université de Rome (Directeur : Prof. Benigno Di Tullio).

ainsi que les bases psychiatriques et psychologiques sur lesquelles repose ce système de traitement.

Qu'il nous soit permis de préciser que nous n'avons nullement l'intention d'affronter ici le thème général de la thérapie psychiatrique de la criminalité. Sur ce sujet, nous nous proposons d'exposer par la suite un recueil de cas cliniques. Nous désirons seulement parler de la méthode de traitement par l'électrochoc, définie en italien « annichilimento ». Cette méthode, dont le nom a éveillé une si grande appréhension que Bachet a cru devoir éviter toute tentative de traduction, fut employée la première fois par Bini, qui en fit une description ample et documentée au XXIII[e] Congrès italien de psychiatrie, en octobre 1946 (3). La méthode a été définie par l'Encyclopédie médico-chirurgicale française : « annihilation » ou « anéantissement ». Nous préférons le nom d' « annihilation » parce que cette définition est plus semblable au terme italien.

La méthode consiste à pratiquer le choc électrique sur un rythme beaucoup plus fréquent, jusqu'à des accès quotidiens ou pluriquotidiens, en déterminant ainsi chez le sujet un syndrome amnestico-confusionnel très accentué. Ce syndrome provoque une véritable « annulation » transitoire de la personnalité du patient, et crée une parenthèse dans sa vie psychique. D'où la proposition avancée par Bini de désigner ce mode particulier de thérapie du nom d' « annihilation ».

D'autres auteurs, italiens et étrangers, ont effectué des recherches analogues ; ils ont donné plusieurs noms à cette méthode, qu'ils ont cependant préféré appeler « électrochoc-thérapie intensive », ou « régressif » [Kennedy et Auchel (4)], ou « en sommation » [Heuyer, Lebovici et Amado (5)].

Kalinowski et Hoch (6), dans leur manuel de thérapie psychiatrique, dédient un court alinéa à ce qu'ils appellent « organic psychotic reaction », syndrome qui peut se manifester chez tous les sujets soumis à des applications consécutives répétées d'électrochocs. Milligan (7), Bini et Bazzi (8) communiquent d'excellents résultats obtenus par la méthode de l'électrochoc à applications rapprochées, dans les psychonévroses. Worthing et Gonda (9), Loewenbach et Stainbrook (10), Neymann (11), Tyler (12), et d'autres encore, appliquent cette méthode dans le traitement de la schizophrénie. Sivadon, Alizon et Le Gallais (13) et Thorpe (14) l'emploient dans le traitement de l'excitation maniacale. Yahn et de Barras (15), Strawn (16), Heuyer, Lebovici et Amado (5), en parlent dans leurs ouvrages sur l'électro-

choc-thérapie. Enfin, récemment, Zerbini (17) a associé la méthode de l'électrochoc-thérapie intensive à l'hypnothérapie prolongée dans les états obsessifs et neurasthéniques.

Ces brèves indications bibliographiques suffisent à démontrer que la méthode de l'électrochoc-thérapie sur un rythme rapproché est depuis longtemps entrée dans la pratique thérapeutique psychiatrique. C'est à Bini qu'appartient le mérite d'en avoir défini les modalités d'application, et d'étudier — en tant que phénomène particulier — la symptomatologie qui en dérive.

Nous avons personnellement suivi les premiers essais de traitement par annihilation à la Clinique neuro-psychiatrique de l'Université de Rome, et nous avons pu observer l'intéressante évolution du cadre clinique jusqu'à l'annulation complète de la personnalité.

Polimanti (18), en décrivant les différents cadres cliniques qui peuvent intervenir par la méthode de traitement de l'annihilation, en situe trois phases distinctes : a) *phase initiale,* au cours de laquelle interviennent graduellement des troubles de la mémoire et de l'orientation ; b) *phase d'annihilation,* susceptible de revêtir plusieurs physionomies (cadre de type démentiel et pseudo-démentiel, cadre de type Korsakoff, états délirants, syndromes amentiels ; c) *phase de récupération,* au cours de laquelle la réintégration de la personnalité se produit graduellement en ordre inverse de celui qu'il avait été permis de constater dans la première partie du traitement.

Dans cette méthode, la valeur thérapeutique de l'électrochoc est différente de celle que l'on obtient par les applications sur un rythme normal. *L'effet biologique de la crise épileptique provoquée est moins important que l'effet psychologique que la profonde parenthèse amnestique confusionnelle crée chez le sujet.* Par ailleurs, l'effet psychologique de l'électrochoc-thérapie intensive est différent de celui généralement obtenu par le rythme normal d'application. Delay voit dans l'électrochoc une action *thymique* ou régulatrice de l'affectivité, et une action *noétique,* régulatrice de la conscience. Dans l'annihilation, l'action noétique domine l'action thymique, que l'on considère plus importante dans l'électrochoc-thérapie commune. Delay affirme, en se référant aux conceptions jacksoniennes de la dissolution, « qu'à l'aspect négatif de la dissolution correspond la libération d'instances psychologiques normalement inhibées ». Quant au mécanisme pour lequel la dissolution totale de la conscience déchaînée par l'électrochoc engendre la guérison de ces altérations

psychiques qu'un grand nombre d'auteurs attribuent à des dissolutions partielles de la conscience, on peut invoquer l'hypothèse ingénieuse de Delmas-Marsalet (19), selon laquelle la mise à zéro des fonctions psychiques serait suivie d'une reconstruction qui conduit le malade à un niveau de conscience supérieur au précédent.

En portant au maximum la possibilité de désagrégation de l'électrochoc, l'annihilation créerait une dissolution neurologique et psychique qui rappellerait celle que l'on constate généralement chez les malades dits préfrontaux (tumeurs ou abcès des lobes préfrontaux, suites de lobotomie ou leucotomie préfrontale). En accord avec Catalano-Nobili et Cerquetelli (21, 22), Gonda (9) et Zerbini (23), nous pensons que le mécanisme curatif de l'annihilation consiste dans un repos temporaire, par épuisement fonctionnel, des voies d'association cortico-sous-corticales sous l'action d'accès convulsifs répétés. *Cette interruption conduirait à fragmenter les réflexes conditionnés qui sous-tendent de particulières manifestations pathologiques et qui sont susceptibles de constituer le substratum de différentes manifestations de personnalités anormales.*

En égard à ce que nous avons exposé dans la première partie de notre ouvrage, nous avons cru pouvoir appliquer l'électrochocthérapie intensive dans le traitement de différentes formes de criminalité commune. A notre connaissance, personne avant nous n'avait entrepris cette voie. Les bases thérapeutiques de ce système de traitement sont identiques à celles dont on fait mention dans les différents travaux sur l'annihilation. Dans un précédent ouvrage (24), nous avons publié *in extenso* le système de traitement dans son application pratique sur trois sujets criminels. Il est important d'exposer ici les différentes catégories de sujets antisociaux et criminels susceptibles d'éprouver les bienfaits du mécanisme de traitement que nous proposons. Nous avons écarté de nos essais thérapeutiques les *délinquants occasionnels*. Pour ceux-ci, en effet, le délit ne représente qu'un épisode détaché, qui s'insère dans la psychologie normale du sujet. Ce délit est souvent le fruit de facteurs d'ambiance et occasionnels qui bouleversent, pour un instant (l'instant du délit), la fonction psychologique normale du sujet. Ces délits ont un déchaînement exogène. Parfois, une situation particulière, en transformant les sentiments d'affection, devient la cause — que tous peuvent comprendre et excuser — d'un acte délictueux isolé [Alexander et Staub (25)]. Ce sont là les délits occasionnels à

déchaînement endogène. Dans les deux cas, l'observation du sujet qui a commis le crime ne laisse apparaître aucune note caractéristique de psychopathologie, à l'exception de celles étroitement reliées au fait délictueux, en tant que réactions psychogènes au délit.

Or, nous ne comprenons pas la raison pour laquelle Bachet considère paradoxale l'application de l'électrochoc, selon les schémas ordinaires, même dans le traitement de sujets criminels qui ont présenté une maladie mentale et dans lesquels les délits sont l'expression de la psychopathie. Bachet affirme, entre autre, que ce système thérapeutique appliqué en criminologie « va à l'encontre de la thèse lombrosienne de l'épileptoïdie. Cette thèse avait été celle de Griesinger, de Maudsley et de l'Ecole française, dont Legrand du Saulle ». Bachet considère absurde et scientifiquement en contraste avec les théories classiques de la criminologie l'hypothèse qu'une thérapie convulsive puisse soigner ces sujets considérés jadis comme des épileptiques manifestes ou larvés.

Rappelons qu'il ne faut pas confondre l'épileptoïdisme constitutionnel, l'épilepsie spontanée, la psychopathie épileptique, avec l'effet biologique provoqué par l'électrochoc. Ce sont précisément les résultats de l'électro-encéphalogramme, que Bachet cite pour appuyer son objection, qui mettent en évidence cette différence. Le tracé électro-encéphalographique d'un malade soumis à l'électrochoc tend rapidement à une normalisation dans le temps, alors que celui d'un épileptique tend à une progressive différenciation des caractères pathologiques. Kalinowski (6) affirme que les ondes lentes qui se manifestent après le traitement électroconvulsif disparaissent après une semaine chez les malades ou chez les sujets qui ont été soumis jusqu'à six applications, et, après une période qui va de deux à six mois, chez les sujets qui ont été soumis à un plus long traitement (12 applications). Par ailleurs, l'auteur américain affirme que la dysfonction du rythme cérébral enregistrée dans les tracés électro-encéphalographiques doit être considérée comme une altération réversible. On ne saurait en effet créer un rapport entre ces altérations et la possibilité de voir apparaître des crises épileptiques spontanées post-thérapeutiques.

L'hypothèse de voir se manifester une forme d'épilepsie à la suite d'un traitement par électrochoc a été longuement examinée. Les nombreux avis sur cette question ne concordent pas entre eux. Des convulsions sporadiques, enregistrées à une certaine

distance du traitement, sont citées comme des phénomènes extrêmement rares et bien différents d'une vraie et propre épilepsie essentielle. Bellet, et d'autres encore (26), en citent un cas. Mayer-Gross (27) et Folkson citent un seul cas enregistré à la suite d'une crise incomplète. Parcella et Barréra (28, 29) mentionnent deux cas de convulsions spontanées après électrochoc chez des sujets qui présentaient un tracé électro-encéphalographique anormal avant le traitement, et un seul cas sur mille sujets traités qui présentaient avant la thérapie convulsive un tracé normal. Terruwe (30) décrit un cas dans lequel de très faibles crises épileptiques se manifestèrent plusieurs fois après le traitement, en correspondance avec les cycles menstruels. D'autres cas ont été reportés par Schumacher (31), Hedegaard et Hjerrild (32). Au cours de notre longue expérience clinique, nous n'avons jamais dû enregistrer — en tant que complication tardive de l'électrochoc-thérapie — l'apparition de crises épileptiques spontanées (33). De leur côté, Kalinowski et Hoch, au cours de dix années d'expérience, n'ont jamais enregistré une semblable complication. Dès lors, nous ne pouvons qu'adopter la juste observation faite par les auteurs américains au sujet des cas sporadiques d'épilepsie qui se sont manifestés à la suite d'un traitement par électrochoc. La fréquence de ce phénomène (1 ‰ selon certains auteurs) permet de considérer cette complication comme plus apparente que réelle, si l'on considère que la manifestation d'une forme d'épilepsie spontanée, dans la population normale, dépasse rarement une moyenne de 5 ‰.

La question se pose de savoir si la criminalité des épileptiques ou des personnalités épileptoïdes, loin d'être reliée au phénomène de la décharge motrice ou végétative du mal, n'est pas la conséquence de ces facteurs constitutionnels, qui se rattachent au patrimoine biologique du sujet, et sont la cause du phénomène épileptique. Il faudrait arriver à de graves dégénérations épileptiques du caractère, et aux délits qui s'y rattachent, pour parvenir à créer un rapport plus vraisemblable avec la répétition des crises. Toutefois, même dans ce cas, la déformation épileptique du caractère, même dans les formes cliniques où l'on pouvait exclure un épileptoïdisme constitutionnel (par exemple : l'épilepsie post-traumatique), apparaît après plusieurs années de maladie, lorsque le système nerveux a été soumis à des phénomènes persistants et continus de souffrance. Comment, dès lors, comparer cette situation avec celle qui se crée après un ou plusieurs cycles d'électrochocs ?

Mais il est très intéressant d'exposer ici quelques indications

bibliographiques qui démontrent que la thérapie convulsivante a été utilisée aussi dans le traitement de plusieurs formes d'épilepsie. Hardon et Kraus (34, 35) citent la diminution des crises épileptiques dans l'insulino-choc-thérapie, après avoir associé, au traitement, quelques applications d'électrochocs. Pozniak et Erb (36), Sal et Rosas (37) rapportent les bons résultats obtenus par la cardiazol-thérapie chez les épileptiques. Kalinowski et Kennedy (38) communiquent les excellents résultats obtenus par l'électrochoc dans les formes graves d'épilepsie ; les auteurs jugent un grand avantage social d'avoir remplacé, par des attaques épileptiques provoquées, les crises convulsives spontanées. Plusieurs auteurs ont traité encore de ce sujet en rapportant des résultats les plus satisfaisants [Caplan (39), Trèves (40), Guiraud et Mallet (41)].

Les sujets que nous avons traités font partie de la vaste catégorie de *délinquants constitutionnels*. Celle-ci comprend une série d'individus qui vont de la « quasi-normalité » au seuil de la vraie et propre psychopathie. Selon la classification établie par B. di Tullio, font partie de ce groupe : les délinquants constitutionnels communs, les délinquants à orientation hypo-évolutive, les délinquants à orientation psychonévrotique, les délinquants à orientation psychopathique. Les catégories intermédiaires se prêtent le mieux au traitement biologique-psychologique que nous préconisons. Si, à l'égard des premiers (délinquants constitutionnels communs), l'absence d'un profil psychopathologique bien précis incite à tenter essentiellement un traitement psychopédagogique et d'ambiance, chez les sujets faisant partie du dernier groupe (à orientation psychopathique), la présence de graves éléments psychopathologiques oriente vers un traitement décidément psychiatrique. Dans certains cas faisant partie de ce groupe, plus particulièrement lorsqu'un composant névrotique est visible dans la personnalité du sujet, on peut effectuer, avec quelque succès, le traitement par électrochoc-thérapie intensive. On essaye d'agir ainsi sur le composant psychotique en exploitant l'action biologique de l'électrochoc sur la partie névrotique et en utilisant, dans un but psychothérapique, la parenthèse mnésique reliée à l'annihilation. Nous reproduirons ci-après deux cas démonstratifs tendant à illustrer notre conception.

C... Joseph, âgé de 22 ans.

Hérédité psychopathique familiale. Développement physique et psychique normal. Bon rendement scolaire : a régulièrement obtenu son baccalauréat et s'est ensuite inscrit à la Faculté de droit. Tempéra-

ment émotif ; tendance à la mythomanie ; variations faciles du ton de l'humeur. Par suite de sa tendance à la mythomanie, la vie sociale de C... a présenté de graves anomalies ; de temps à autre, la nécessité de feindre créait des situations embarrassantes dans le cercle de la profession paternelle (le jeune homme collaborait avec son père dans le développement du travail légal). Il y a quelques mois, C... devint prodigue, falsifia des chèques appartenant à son père, conduisit une existence dispendieuse, s'enfuit de Rome, où il était recherché par la police à la suite de graves erreurs.

Cadre psychique à l'entrée : Ton de l'humeur orienté vers l'euphorie ; faible critique des précédentes anomalies de la conduite, que C... essaie de justifier et d'encadrer dans sa manière de penser habituelle. Attitudes hystrioniques et tendance à falsifier la réalité.

Diagnostic psychiatrique : Personnalité psychopathique mythomane et notes dysthymiques, ainsi que conséquentes activités antisociales et délictueuses.

Diagnostic criminologique : Antisocialité constitutionnelle à orientation mixte neuropsychopathique.

Traitement : Recherche narcoanalytique (des éléments de nature névrotique apparaissent nettement à la base de la mythomanie). Electrochocthérapie intensive : au bout de quinze applications on atteint l'annihilation. L'état amnestico-confusionnel demeure encore pendant quinze jours, moyennant deux seules applications distanciées dans le temps.

Catamnèse : A une distance de trois ans, C... n'a plus commis aucune anomalie. Il a terminé ses études et il déploie une activité légale régulière, en collaboration avec son père. Il a rempli ses obligations militaires en qualité d'officier de réserve, dans l'arme des carabiniers.

S... Laura, âgée de 29 ans.

Aucune maladie nerveuse et mentale chez les membres de sa famille. Mariée à 24 ans, elle a eu deux enfants. Rendement scolaire médiocre (n'a fréquenté que les classes élémentaires).

Dès l'âge de 5-6 ans, la malade a éprouvé une tendance irrésistible à s'emparer des objets les plus disparates. En proie à un état anxieux, elle était contrainte de satisfaire son désir de possession ; par la suite, l'objet (elle n'avait aucune tendance spécifique vers quelque chose de particulier) était caché ou détruit. Les actions se sont succédé jusqu'à l'heure actuelle, revêtant toujours davantage un caractère antisocial. Il y a deux ans, elle subit un procès pénal au cours duquel elle fut reconnue partiellement aliénée.

Défaut absolu, dans les actions délictueuses commises par la malade, d'un but utilitaire quelconque. Au cours de ces derniers temps, elle a en outre manifesté le désir de brûler certains lieux et certains objets

bien déterminés (par exemple, la porte d'entrée de l'appartement de certains de ses voisins, la cave de son habitation). Quelques jours avant son hospitalisation, se trouvant à la cave avec une bougie allumée, elle mit le feu à quelques fagots de bois, s'enfuit et s'enferma dans son appartement, sans tenir compte que l'éventuel incendie de l'immeuble aurait pu l'engloutir. L'incendie fut dompté par les pompiers, sans que nul n'ait connaissance de la responsabilité incombant à la malade.

Compte tenu de cette symptomatologie, la malade s'est fait spontanément hospitaliser dans une clinique.

Cadre psychique à l'entrée : Chez la malade apparaît nettement une attitude à type obsessif-forcé. Les autres notes caractéristiques sont : une frigidité qui s'est manifestée après la naissance du premier enfant, une tendance aux crises dysphoriques, un sentiment profond de culpabilité accompagné d'un besoin de se punir, infantilisme psychologique.

Diagnostic psychiatrique : Personnalité psychopathique anacastique (kleptomanie).

Diagnostic criminologique : Antisocialité constitutionnelle à orientation neuropsychopathique.

Traitement : Recherches psychologiques (tests mentaux). Recherches narcoanalytiques, électrochocthérapie intensive. Atteint la phase d'annihilation au bout de quinze électrochocs quotidiennement appliqués. L'état amnestico-confusionnel est maintenu par sept autres applications pendant une période d'environ vingt jours.

Pendant la phase d'annihilation, on constate un retour caractéristique de la psychologie de la malade vers des phases infantiles ; elle est surprise un jour portant un linge plein d'excréments, étroitement conservé et défendu (phase anale des psychoanalystes ?). Pendant la période de reprise, on applique la psychothérapie de guide. La caractéristique de cette phase est l'affleurement de souvenirs du passé non communiqués précédemment, et la diminution des freins inhibitoires par rapport aux autres précédents anamnestiques non précédemment dévoilés (par exemple : viol effectué sur elle par un de ses oncles).

Cadre psychique post-thérapeutique : Pendant toute la durée de l'hospitalisation, la malade affirme n'éprouver aucune tendance à prendre ou à brûler. Le ton de l'humeur est soulevé.

Catamnèse : Au bout de deux mois qu'elle a quitté la clinique, la malade revient consulter. La vaste parenthèse mnestique, qui s'étend jusqu'à 30-40 jours avant l'hospitalisation, persiste ; elle n'a souvenance des épisodes de ses derniers vols, ni de l'incendie. Elle éprouve une vive répulsion pour les actions commises. Elle n'a plus jamais éprouvé d'incitements antisociaux. Elle a la sensation de « recommencer à vivre une nouvelle existence ».

Dans le premier de ces deux cas, l'élément dysthymique (état hypo-maniacal) a mis en évidence, tout en l'accentuant, l'antisocialité du malade, déjà latente dans la structure particulière de sa personnalité (tendance à la mythomanie et à la falsification de la réalité). L'électrochoc-thérapie intensive, conseillée par d'autres auteurs dans les états maniacaux [Sivadon, Alizon, Le Gallais (13)], trouve une juste application dans le cas à l'examen et est secondairement exploitée pendant la phase psychothérapique qui suit le traitement. Bien que la structure anormale de la personnalité ne soit pas radicalement modifiée, le résultat obtenu par l'application de ce traitement est considérable, surtout si l'on tient compte du laps de temps qui s'est écoulé depuis l'époque du traitement. Le défaut d'une intervention thérapeutique psychiatrique en temps opportun, semblable à celui adopté, aurait conduit le malade à commettre une série de délits — et à se voir conséquemment appliquer les peines — qui auraient fortement influencé sur la vie sociale du sujet.

Dans le second cas, les actions délictueuses sont intimement reliées à l'élément obsessif-forcé qui caractérise la personnalité. Le traitement a permis de briser le cercle vicieux placé à la base du comportement antisocial de ces sujets, en faisant vaincre le sentiment de culpabilité et le besoin de punition intimement rattachés aux manifestations kleptomanes. La diminution des résistances intra-psychiques, plus particulièrement accentuées chez les malades obsessifs-forcés, a permis au médecin de compléter, à l'aide de données anamnestiques, la compréhension du cadre psychologique de la malade. La psychothérapie immédiate et une opportune éducation de l'ambiance ont permis à la malade de reconstruire son existence familiale sur de nouvelles bases (la malade a changé sa ville de résidence).

Nous publions ci-après un court résumé de fiches cliniques concernant deux sujets appartenant respectivement au groupe des délinquants constitutionnels à orientation hypo-évolutive et à celui des délinquants constitutionnels à orientation neuropsychosique.

M... Henri, âgé de 15 ans.

Hérédité psychopathique familiale. Lue atavique. Faible rendement scolaire, par suite de sa difficulté d'apprendre. Enurésie nocturne jusqu'à l'âge de 12 ans. Anomalies de la conduite sociale dès l'âge de 7-8 ans : fugues, tendance au mensonge, petits vols répétés, rébellions aux freins éducatifs appliqués au sein de la famille.

Cadre psychique à l'entrée : Impulsivité, grave déficit de la critique et du jugement, hypo-affectivité, conduite incorrecte au sein de l'ambiance (rebelle, indiscipliné, agressif).

Diagnostic psychiatrique : Personnalité psychopathique déficitaire chez un sujet hérédo-luétique.

Diagnostic criminologique : Délinquant constitutionnel à orientation hypo-évolutive.

Traitement : Electrochocthérapie intensive. Atteint la phase d'annihilation au bout de 27 électrochocs quotidiens. La période amnésique confusionnelle est prorogée pendant quinze jours encore par cinq autres applications d'électrochoc, effectuées à une certaine distance. Psychothérapie de guide pendant la période de la reprise.

Cadre psychique post-thérapeutique : Le malade reste à la clinique pendant plus d'un mois après son « réveil ». Son attitude semble radicalement modifiée : le jeune homme est devenu obéissant et discipliné; il est libre de sortir moyennant une permission, et il rentre avec exactitude aux horaires fixés. Des tentatives de frustration (interdiction de faire quelque chose qui lui soit agréable) sont effectuées avec facilité, bien que soit visible — à travers des réactions neurovégétatives — l'effort que le sujet doit accomplir pour s'adapter aux circonstances qui lui sont imposées. Chargé de remplir certaines petites mentions administratives, il effectue régulièrement la tâche qui lui est demandée. (D'ultérieures données, se référant à la période succédant à sa sortie, assez récente, font défaut).

F... Ludovic, âgé de 22 ans.

Hérédité psychopathique familiale. Excellent rendement scolaire jusqu'à l'âge de 12 ans. Depuis cette époque, anomalie de la conduite sociale, vols en famille, fugues. Enrôlé dans l'armée, il obtient rapidement l'estime de ses supérieurs. Quelque temps après il vole dans la caisse du régiment la somme de 200.000 lires. Découvert, il est arrêté et incarcéré dans une prison militaire. Revenu au sein de la famille, il réalise un vol au détriment d'un ami qui l'avait engagé pour travailler chez lui.

Cadre psychique à l'entrée : Des éléments névrotiques apparaissent nettement (complexe d'infériorité, ambivalence affective envers son père, défaut de vaincre le complexe œdipique, insécurité). Le sujet trouve dans le vol la compensation anormale à ses complexes psychologiques non résolus.

Diagnostic psychiatrique : Personnalité psychopathique antisociale.

Diagnostic criminologique : Délinquant constitutionnel à orientation neuropsychosique.

Traitement : Electrochocthérapie intensive. Atteint la phase d'annihilation au bout de 21 électrochocs quotidiens. La période amnési-

que confusionnelle est prorogée pendant vingt autres jours par neuf autres applications d'électrochoc distanciées. Successivement est institué un traitement psychothérapique, précédé d'une recherche narco-analytique. Le malade demeure à la clinique pendant une période de deux mois après le traitement et effectue régulièrement un travail de bureau.

Catamnèse : Le résultat se fait encore sentir au bout de trois années.

Dans les deux cas ci-dessus, l'annihilation est placée au centre du système de traitement que nous avons adopté. Ce traitement représente, aujourd'hui encore, le meilleur moyen pour attaquer, dans son ensemble, la personnalité du sujet, et permettre une œuvre de reconstruction. Certains auteurs [Lévy et Grinker (42)] déconseillent l'électrochoc-thérapie associée à la psycho-thérapie. D'autres, comme Flécher, attachent une plus grande importance psychothérapeutique à l'électrochoc à rythme normal. *La crise épileptique provoquée aurait une « fonction de décharge » parvenant à faire décharger de l'individu, à travers des phénomènes moteurs, de puissantes aliquotes d'énergie destructrice qui, autrement, pourraient trouver de dangereuses voies de se manifester à travers différentes formes d'agressivité.*

L'interprétation que nous avons donnée, en accord avec d'autres auteurs (Catalano-Nobili, Cerquetelli, Gonda, Zerbini), du mécanisme thérapeutique de l'électrochoc, appliqué selon la méthode de l'annihilation, justifie la préférence accordée à ce système de traitement, dans les tentatives faites en vue de récupérer des sujets antisociaux. Nous renvoyons le lecteur aux nombreux ouvrages concernant la psycho-génèse du symptôme délictueux. En analogie avec ce que l'on constate pour le symptôme névrotique, l'action criminelle peut être souvent rapportée à une régression (ou hypo-évolution) psychologique du sujet qui se livre à la délinquance. D'où l'utilité de disposer d'une méthode de traitement qui, en annulant la personnalité de l'individu, permette d'entreprendre plus aisément l'œuvre de reconstruction sur de nouvelles bases psychologiques.

La difficulté d'appliquer directement un traitement psychothérapique sans la phase préparatoire de l'annihilation, chez les sujets délinquants habituels, résulte de la tendance de ceux-ci à se dérober au traitement avant que se crée, entre le médecin et eux, un « transfert » dans un sens psychanalytique. Wittels (43, 44) attribue cette tendance à un sentiment inconscient de culpabilité et à un complexe profond d'infériorité. Lidner (45) essaye de vaincre cette difficulté en ayant recours à la recherche narco-

analytique, permettant d'arriver à une meilleure connaissance du *moi* du sujet, en éliminant la longue période préparatoire de la psychothérapie vraie et propre. Nous aussi, dans certains cas, avons eu recours à ce système de recherche. D'autres fois, nous avons préféré soumettre le sujet à une série de tests mentaux qui parviennent à rendre un intéressant profil psychologique de la personnalité du délinquant [Romano (46)]. L'électrochoc-thérapie intensive constitue cependant le côté original du système de traitement que nous avons adopté. Pratiquée selon les schémas déjà connus, il est intéressant de suivre attentivement les différentes réactions qui caractérisent le comportement du sujet pendant les premières phases du traitement.

Ces réactions, d'abord reliées aux événements les plus récents et à la psychologie normale du patient, deviennent rapidement l'expression d'un groupe instinctif originaire de la personnalité. Par l'observation de la première phase d'annihilation, on parvient à trouver parfois plus ou moins une confirmation des hypothèses diagnostiques formulées au début. C'est là un des premiers avantages psychologiques de la méthode de l'électrochoc-thérapie intensive. La phase terminale d'annihilation doit être plus ou moins prorogée, selon l'intensité et la durée de la symptomatologie criminelle que l'on désire éliminer. Plus grande sera la durée de la parenthèse mnésique et confusionnelle, d'autant plus aisément pourra se produire la reconstruction de la personnalité sur des bases différentes de celles pathologiques précédentes. En vue d'obtenir ce prolongement, le sujet sera soumis à un nombre plus ou moins grand d'électrochocs distancés dans le temps. L'importante période de la reprise se manifestera graduellement ou à intermittence. Au bout d'un nombre de jours qui varie de 5 à 10, le sujet sera de nouveau maître de son patrimoine psychique, à l'exception de la vaste lacune mnésique de la période de traitement. Pendant les jours de son « réveil », le médecin aura soin de suivre le patient en essayant de lui imposer son assistance, en essayant de vaincre l'attitude négative qui apparaît souvent pendant cette période: La reprise de contact avec la réalité ambiante est souvent caractérisée par de pénibles sensations subjectives, reliées à un résidu d'état confusionnel, qui génèrent souvent des états d'anxiété, des crises d'excitation, de vrais et propres délires de l'action. Au cours de ces phases psychotiques qui se manifestent pendant la période de la reprise, il sera nécessaire, pour autant que faire se peut, d'éviter des mesures de protection trop énergiques (nutrition forcée, contention, administration de soins, etc...), qui ne feraient qu'empirer chez

le sujet les crises d'excitation réactives et les raisons de délire. L'assistance, dont le sujet fera l'objet pendant la phase d'annihilation et au cours de la période immédiatement successive, est due au fait que l'individu annihilé, incapable de fixer dans son patrimoine mnésique les différents événements de la phase amnestico-confusionnelle, conserve, exaltée, la capacité de considérer les attitudes affectives qui ont accompagné lesdits événements.

Si le médecin parvient à assister l'infirme en se montrant un ami, en lui venant en aide dans ses nécessités du moment, en prenant envers lui une attitude affectueuse de protection, le sujet conservera aisément, à l'égard du thérapeute, un profond attachement affectif. Ce rapport affectif se manifeste généralement dès les premiers moments de la phase de reprise et revêt l'aspect de la dévotion qu'un animal fidèle peut avoir envers son maître. Plus qu'une élaboration intellectuelle, l'affection envers le médecin est constituée par des expressions extérieures et par des expansions qui, successivement, prendront une physionomie infantile. Par la suite, comme si le malade revivait dans un court laps de temps les différentes phases de son développement affectif, la figure du médecin constitue pour lui une raison d'imitation. La plus grande partie des sujets manifestent le désir de « faire le médecin ». Enfin, le patient considère le docteur comme un ami, dont la connaissance se perd dans le temps ; il en surévolue les dots, il en imite les attitudes.

A la suite du réveil de la conscience, le sentiment affectif tend à se normaliser ; une vraie et propre amitié persiste, toujours caractérisée par un agréable sentiment de soumission et de confiance. Il est inutile de dire combien ce « transfert » est utile à l'obtention d'un excellent résultat de la psychothérapie chez ces sujets, pour lesquels la difficulté d'adaptation sociale doit souvent être attribuée à un défaut de résonance affective et à un faible pouvoir d'absorption des conseils éducatifs reçus.

A l'annihilation doit faire suite l'action psychothérapique sur la base des schémas habituels, accompagnée d'une action tendant à orienter vers l'adaptation sociale.

Conclusion

L'électrochoc-thérapie intensive, ou « annihilation », est un système de traitement désormais entré dans l'usage thérapeutique psychiatrique.

Les modifications qu'il opère sur la personnalité du sujet, et

les bases théoriques sur lesquelles il se fonde, justifient la tentative de l'appliquer dans la thérapie de ces sujets criminels, pour lesquels l'action délictueuse trouve son étiologie dans une hypo-évolution psychique et dans un mécanisme à type neuro-psychotique.

La méthode de traitement doit être longuement étudiée dans son application pratique. Il nous suffit d'en avoir tracé les principes afin de permettre à d'autres de l'expérimenter et d'en évaluer les résultats. On contribuera ainsi à donner à l'étude de la délinquance cet aspect clinique et pratique que la science criminologique moderne exige.

BIBLIOGRAPHIE

1. Di tullio (B.). — *Principi di Criminologia Clinica*, Ed. Istit. Med. Soc., Roma, 1954.
2. Bachet (M.). — Electrochocthérapie et délinquance commune. *Annales médico-psychologiques* 1, 1955.
3. Bini (L.). — Nuova modalità di terapia con E.S. « annichilimento ». *Il Lav. Neurops.*, I, 1947.
4. Kennedy et Auchel. — L'électro-choc régressif chez les schizophrènes réfractaires aux traitements de choc. *Psych. Quart. Av.*, 1948, 22, 317-320.
5. Heuyer (G.), Lebovici (S.) et Amado (G.). — L'électro-choc en sommation. *Annales médico-psychologiques*, 1948, I, 106-205.
6. Kalinowski (L. B.) et Hoch (P. H.). — *Schock treatments, psychosurgery*, éd. Grune et Stratton, New-York, 1952.
7. Milligan (L.). — Psychoneuroses treated with elettrical convulsions. *Lancet*, 12 oct., 516, 1944.
8. Bini (L.) et Bazzi (T.). — L'E.S.T. con il metodo dell'annichilimento nelle forme gravi di psiconevrosi. *Rass. di Neuropsich.*, I, 1947.
9. Worthing et Gonda (V. E.). — Treatment of mental disorders with electrical shock by induced convulsions. *Dis. of Nerv. Syst.*, 2, 84, 1941.
10. Loewembach (H.) et Stainbrook (E. L.). — Observation on mental patients after electroshock. *Am. J. Psych.*, 98, 828, 1942.
11. Neymann (C.-A.). — Quelques réflexions sur le traitement de choc. *Arch. Phys. Thérap.*, nov. 1943, 24, 660.
12. Tyler (D. B.) et Loewembach (H.). — Traitement des troubles mentaux par des électro-chocs répétés plusieurs fois par jour. *North. Caroline Med. J.*, 1947, 8, 577.
13. Sivadon (P.), Alizon (J.) et Le Gallais (P.). — Rémission obtenue et entretenue à volonté chez des déments précoces anciens par les électro-chocs appliqués à un rythme convenable. *Annales médico-psychologiques*, II, 5, 1953.
14. Thorpe (F.-T.). — Convulsivothérapie électrique intensive dans la manie aiguë. *J. Ment. Sc.*, 1947, 93, 89-92.
15. Yahn (M.) et de Barros (P.). — Electrochocthérapie. *Archivos de São-Paulo*, 1943.
16. Strawn. — Cité par Sivadon, etc. (v. n° 13, bibliographie).
17. Zerbini (E.). — Associazione dell'ipnoterapia con ganglioplegici e barbiturici all'elettroshockterapia intensiva. *Note e Riv. Psich.*, n. 1, 1954.
18. Polimanti (E.). — La sindrome da annichilimento da E.S. *Il Lav. Neur.*, III, 1948, 150.

19. Delmas-Marsalet (P.) — *Electro-choc et thérapeutiques nouvelles en psychiatrie,* éd. J.-B. Baillières et fils, Paris.
20. Catalano (N.) et Cerquetelli. — Sindromi da annichilimento da E.S. e psicosi esogene. *Rass. di Neurops.,* 3, 1949, 198.
21, Catalano (N.) et Cerquetelli. — Sindrome da annichilimento da E.S, e leucotomia prefrontale. *Rass. di Neurop.,* 3, 1949, 38.
23. Zerbini (E.). — Sindrome da annichilimento atipica e carattere prefrontale insorta dopo E.S terapia intensiva. *Note e Rive di Psich.,* 75, 3, 1949.
24. Leggeri (G.). — Contributo alla terapia neuropsichiatrica della criminalità. *Rass. Studi Penitenziari,* 2, 1952.
25. Alexander (F.) et Staub (H.). — *Il delinquente e i suoi giudici.* Ed. Italiana, Giuffrè, Milano, 1948.
26. Beklet, Kersbaum et Furst (W.). — The electrocardiogramm during electric shock treatment of mental disorders. *Am. J. Med. Soc.,* 20, 201, 1941.
27. Mayer-Gross (W.). — Convulsive therapy in out-patient departement. *Brit. Med. Journ.,* 1, 62, 1941.
28. Parella (B. L.). — Spontaneous convulsions following convulsive shock therapy. *Am. J. Psych.,* 101, 783, 1945.
29. Parella (B. L.) et Barrera. — Some considerations of the E.E.G. in convulsive state. *J. Nerv. Ment. Dis.,* 95, 125, 1942.
30. Terruwe (A.). — Epileptische Toevallen na de Electrochok therapie. *Nedrl. tydschr. v. geneesk.,* 90, 608, 1946.
31. Schumacher. — Spontane Krampfaufälle nach electrokonvulsionen. *Psch. Neurol. u. Med. Psych.,* 1, 94, 1949.
32. Hedegaard et Hjerrild. — Some cerebral complications in shock therapy. *Acta Psych. et Neurol.,* 20, 167, 1945.
33. Rondanini (G.), Leggeri (G.) et La Pegna (A.). — L'elettroshock-terapia ambulatoria. *Il Lav. Neur.,* XI, 11, 1952.
34. Hardon. — Komplicationen bei der Insulin-schock behandlung. *Psych. Fol.,* 42, 131, 1930.
35. Hardon et Kraus. — Komplicationen bei der Cardiazol-behandlung nach von Meduna. *Psych. en Neurol., bl.,* 42, 81, 1938.
36. Poznick et Erb. — Versuch einer Cardiazolbehandlung der Epilepsie. *Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych.,* 166, 1939.
37. Sal et Rosas. — El cardiazol en la epilepsia. *Rev. di psiquiatr. y criminol.,* 4, 1939.
38. Kalinowski (L. B.) et Kennedy. — Observations in e. s. t. applied to problems of epilepsy. *J. Nerv. Ment. Dis.,* 98, 56, 1943.
39. Kaplan. — Treatment of epilepsy by electrically induced convulsions. *Brit. M. J.,* April 1945, 511.
40. Treves. — Terapia cardiazolica nella schizofrenia e negli equivalenti epileptici. *Atti del Congresso sulla Terapia Moderna della schiz.,* Milano, 1937.
41. Guiraud (P.) et Mallet (J.). — A propos d'un état stuporeux prolongé survenu chez une épileptique et sa disparition par électro-choc. *Annales médico-psychologiques,* 106, 202, 1948.
42. Lévy (D. M.) et Grinker (R. R.). — Psychological observations in psychoses treated with convulsive shock and psychotherapy. *J. Nerv. Ment. Dis.,* 97, 623, 1943.
43. Wittels (F.). — The Criminal Psychopath in the Psychoanalitic System. *Psychoanalisis Rew.,* 24, 276, 1937.
44. Wittels (F.). — The position of psychopath in the psychoanalitic system. *Int. J. Psychoanalisis,* 190, 471, 1938.
45. Lindner (R. M.). — A formulation of Psychopathic Personality. *Psychiatry,* 7, 59, 1944.
46. Romano (C.). — *I Tests Mentali in psichiatria forense,* éd. Idelson, Napoli, 1951.

ÉTUDE
DE QUELQUES LIAISONS TYPOLOGIQUES ET ÉLECTRO-ENCÉPHALOGRAPHIQUES

PAR

J. DUBLINEAU et Mme I. SOBOUL

Nous nous proposons dans le présent travail de mettre en liaison les facteurs typologiques et les résultats des électro-encéphalogrammes, tels qu'ils ont été pratiqués et commentés par M. le Dr Verdeaux, soit au Laboratoire de la Clinique des maladies mentales et de l'encéphale de la Faculté de médecine de Paris, soit au Centre national d'orientation de la prison de Fresnes (1).

L'étude typologique des tracés électro-encéphalographiques reste un problème qui ne semble pas avoir retenu jusqu'à ce jour, de façon systématique, l'attention des auteurs (2). Sur le

(1) Nous remercions M. le Dr Verdeaux, dont la constante obligeance a permis l'élaboration de ce travail.

(2) Toutefois, depuis que ce travail a été mis au point, un certain nombre de publications sont parvenues à notre connaissance, en particulier au cours du « Colloque sur l'activité électrique du cerveau en relation avec les phénomènes psychologiques », de Marseille (7-12 nov. 1955) : A. Gastaut : *Relations entre électro-encéphalographie et certains traits psychologiques observés chez 522 sujets répartis en trois populations différentes.* — Lairy et Dell : *Régulation de l'activité corticale ; données physiologiques et conséquences psycho-pathologiques.* — A. Rémond et N. Lesèvre : *Remarques sur l'activité cérébrale des sujets normaux. Typologique électro-encéphalographique dans ses rapports avec certains caractères psychologiques.* — Rousinov et Smirnov : *A propos de quelques résultats électro-encéphalographiques concernant les processus de l'activité nerveuse supérieure.*

Enfin, à l'occasion de la réunion de Leipzig, du 1er au 3 décembre 1955, ayant pour thème « La régulation centrale des fonctions de l'organisme », nous mentionnons plus particulièrement les communications de A. Gastaut et J. Roger : *Electro-encéphalographie et tempérament*, et *Electro-encéphalographie et pathologie cortico-viscérale.*

plan méthodologique, il s'agit d'une question difficile à aborder. D'une part, la technique électro-encéphalographique est en constante progression ; d'autre part, les enregistrements, de plus en plus fins, en multipliant le nombre des particularités, introduisent dans l'étude systématique un nombre de variables tel qu'il risque d'échapper à l'analyse. Ce, sans préjudice des difficultés d'interprétation, et, de plus, de la variabilité des tracés successifs chez un même individu, au moins pour ce qui est des sujets que nous avons étudiés.

Ce qui vaut pour l'électro-encéphalogramme vaut également sur le plan typologique, puisque les perspectives typologiques sont diverses, et que les critères de référence varient avec les auteurs.

Tenant compte de ces difficultés, nous avons retenu comme premiers éléments de recherche sur les électro-encéphalogrammes : l'étude du *rythme de base,* l'étude de la *réaction d'arrêt,* l'étude du *rythme de base en fonction de la réaction d'arrêt,* enfin l'étude de la variation de ces facteurs suivant l'*âge*, en fonction de la typologie.

Au point de vue typologique, nous nous en sommes tenus à la technique que nous utilisons depuis de nombreuses années, savoir : définition de l'individu par une formule donnant la proportion respective des facteurs positifs et négatifs sur le plan de l'*affirmation* (état athléto-asthénoïde) (A ou α), de l'*adaptation* (état pycno-plattoïde ou rétracté) (P ou π) et de la *médiotypie* (N). Sans insister sur le détail des techniques donnant lieu à ces définitions, qui ont fait l'objet de publications diverses (1), nous rappelons que les chiffres figuratifs de chacun des facteurs sont fournis par l'importance des écarts réduits, calculés selon la technique statistique classique.

Les recherches ont porté sur 251 sujets, dont 171 étaient internés au « Service spécial des alcooliques » du département de la Seine, et 80 en provenance du Centre d'observation spécialisé pénitentiaire de Château-Thierry. Ces deux catégories de sujets, réserve faite de certaines différences d'ordre général (sur lesquelles l'un de nous a insisté par ailleurs) (2), présentent un grand nombre de caractères communs, du fait de leur structure

(1) J. Dublineau. — Esquisse d'une typologie évolutive et fonctionnelle. *L'évolution psychiatrique,* n° 3, 1954, pp. 475-505 ; Le problème typologique en psychopathologie. *Rapport au congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française,* Niort, 1947.

(2) J. Dublineau. — *2e cours international de criminologie,* Paris, octobre 1953, pp. 137-150.

caractérologique souvent assez élémentaire. Cette circonstance constitue un facteur de choix pour une étude complexe comme celle qui est entreprise ici.

Dans l'ensemble des recherches pratiquées sur l'échantillonnage en question, nous avons retenu, pour la publier séparément, une étude se référant au problème de la *latéralisation*. A l'occasion de cette publication (1), nous avons donné dans deux tableaux les moyennes typologiques qui se dégagent suivant la fréquence du rythme de base ou la qualité de la réaction d'arrêt. Nous avions montré, d'une part, qu'une relation existe entre la mauvaise latéralisation et l'absence de rythme de base, d'autre part, que, chez le mal latéralisé, on observe souvent la médiocrité ou l'absence de la réaction d'arrêt. Or, la mauvaise latéralisation est un fait qui s'observe avec une fréquence particulière chez les sujets à fortes composantes de rétraction. Cette notion devait orienter nécessairement sur des conclusions plus positives en laissant prévoir, dans l'ensemble des secteurs typologiques autres que la rétraction, une liaison entre la fréquence du rythme de base, la qualité de la réaction d'arrêt, et l'importance respective des facteurs typologiques.

I. — Rythme de base

Si l'on étudie dans cet esprit les moyennes générales, pour l'échantillonnage, des différents facteurs typologiques, nous avons les tableaux suivants, tels que nous les avions déjà antérieurement publiés. Pour n (nombre de cas) = 234, on a (2) :

A ..... :	$13{,}34 \pm 0{,}25$	P ..... :	$15{,}71 \pm 0{,}35$
α ..... :	$4{,}14 \pm 0{,}16$	π ..... :	$9{,}71 \pm 0{,}22$
	N ..... :	$1{,}26 \pm 0{,}05$	

Nous avons réparti l'échantillonnage en envisageant successivement : l'absence du rythme de base, les rythmes de base inférieurs à 8 c./sec., les rythmes compris entre 8 et 10 c./sec., puis entre 10 et 12 c./sec. Les résultats trouvés sont les suivants :

(1) J. Dublineau, I. Soboul et E. Koechlin. — Etude typologique des variations de certains éléments électro-encéphalographiques en fonction de la latéralisation. (Communication à la Société médico-psychologique, séance du 20 décembre 1955, *Annales médico-psychologiques*, janvier 1956).

(2) Pour cette recherche, nous n'avons pas retenu les 17 sujets chez lesquels le rythme de base était, soit supérieur à 12, soit irrégulier, « rapide », ou encore non mentionné.

	Absence $n = 27$	> 8 c/s $n = 19$	8 à 10 c/s $n = 124$	10 à 12 c/s $n = 64$
N.....	1,40 ± 0,15	1,52 ± 0,15	1,26 ± 0,07	1,10 ± 0,08
A.....	11,29 ± 0,73	12,52 ± 0,78	13,37 ± 0,37	13,18 ± 0,45
α.....	3,81 ± 0,42	2,94 ± 0 50	4,52 ± 0,22	3,90 ± 0,30
P.....	14,33 ± 0,90	17,52 ± 1,19	15,94 ± 0,48	15,32 ± 0,70
π.....	9,88 ± 0,69	8,68 ± 0,61	9,60 ± 0,33	10,15 ± 0,40

I. — Comme on le voit, c'est avec les rythmes de 8 à 10 c./.sec. qu'on observe les chiffres les plus proches de la moyenne générale de l'échantillonnage (réserve faite toutefois pour l'état asthénoïde, comme nous le verrons plus loin). Un correctif est à apporter à cette notion, c'est que les valeurs comprises entre 8 et 10 c./sec. comportent aussi le plus grand nombre de cas ; mais, d'autre part, on doit remarquer que le rythme de base de 9 à 10 c./sec. représente le rythme de base habituellement considéré comme le plus courant dans la population générale.

II. — Etude des autres rythmes :

a) Pour les *rythmes inférieurs à 8 c./sec.*, on observe des valeurs athléto-asthénoïdes faibles, surtout pour la valeur α. Par contre, pour les facteurs d'adaptation, c'est l'inverse : forte pycnicité et faible rétraction par rapport à la moyenne. Cette donnée se trouve renforcée par l'étude des rythmes rapides.

b) Pour les *rythmes rapides*, la variation P-π se trouve inversée : π fort, et P faible.

c) *Absence de rythme de base :* cette absence s'observe chez des sujets présentant une faible saturation en facteur pycnoïde (donc une rétraction relative). Toutefois, les variations portent surtout sur les valeurs d'affirmation. Dans ces cas, on observe une forte athlétoïdie, une faible asthénoïdie, un facteur médiotypique relativement élevé.

Le facteur médiotypique varie également en sens inverse pour les rythmes lents et les rythmes rapides : fort pour les rythmes lents, faible pour les rythmes rapides.

III. — En résumé, l'absence de rythme de base caractérise surtout les sujets hyper-athlétoïdes, avec facteur médiotypique élevé. Les rythmes lents sont caractérisés par de faibles valeurs d'affirmation et de rétraction, avec forte valeur pycnoïde, et très forte

valeur médiotypique. Les rythmes rapides sont caractérisés par la faiblesse des valeurs athlétoïdes, médiotypiques et pycnoïdes, avec importance relative de la rétraction. Quant à l'état asthénoïde, c'est dans les rythmes de base de 8 à 10 c./sec. qu'il se présente avec le maximum d'importance. Cette réserve montre que, dans les rythmes de 8 à 10 c./sec., deux phénomènes sont probablement inclus, qu'une étude plus minutieuse permettrait peut-être de différencier : d'une part, importance d'une typologie moyenne ; d'autre part, dans certaines conditions (qui restent à déterminer), augmentation du facteur asthénoïde.

En d'autres termes, *pour une latéralisation supposée moyenne, l'absence de rythme correspond plutôt à l'état athlétoïde, le rythme lent à l'état pycnoïde ; le rythme rapide paraît lié à la rétraction, et le rythme moyen à l'état asthénoïde.*

A ce schéma s'ajoutent les variations de la médiotypie ; *l'absence de rythme de base correspond à un facteur médiotypique fort, le rythme lent à un facteur médiotypique très fort ; le rythme rapide est lié à un facteur médiotypique faible, enfin le rythme moyen (8 à 10 c./sec.) à une médiotypie moyenne.*

II. — Réaction d'arrêt

Pour l'échantillonnage, nous ne retrouvons pas dans la réaction d'arrêt la totalité des 251 cas envisagés ci-dessus. En effet, l'absence de rythme de base exclut la possibilité d'une recherche de la réaction d'arrêt, mais il a également fallu éliminer un certain nombre de protocoles où la réaction d'arrêt n'était pas signalée, malgré l'existence d'un rythme de base.

Pour mieux apprécier l'importance des variations ultérieures, nous avons exprimé les résultats en pourcentages par rapport à la *moyenne générale.* A cet effet, nous considérons comme égale à 100 chacune des valeurs typologiques de cette dernière. Les écarts de l'erreur probable, rapportés également à 100, donnent, pour chacune des valeurs en question, les variations suivantes :

pour N = 100, variations se situant entre 104,31 et 95,69 %,
pour A = 100, variations se situant entre 101,99 et 98,01 %,
pour α = 100, variations se situant entre 100,41 et 99,59 %,
pour P = 100, variations se situant entre 102,32 et 97,68 %,
pour π = 100, variations se situant entre 101,04 et 98,96 %.

Les répartitions typologiques selon la qualité de la réaction

d'arrêt ont donné, conformément aux tableaux antérieurement publiés (1) par nous, les résultats suivants :

I. — La réaction d'arrêt est bonne (n, nombre de cas = 116).

Dans ce cas, la formule moyenne est la suivante :

A ..... :	12,83 ± 0,34	P ..... :	15,68 ± 0,51
α ..... :	4,59 ± 0,24	π ..... :	9,41 ± 0,33
	N ..... :	1,21 ± 0,06	

Si l'on exprime ces résultats en pourcentages par rapport à la moyenne, les chiffres précédents s'expriment comme suit :

A ..... :	104,31 %	P ..... :	98,43 %
α ..... :	109,55 %	π ..... :	97,92 %
	N ..... :	104,31 %	

Les variations, exprimées en plus (+) ou en moins (—) par rapport aux variations extrêmes de la moyenne, se chiffrent comme suit :

— pour A : variation négative (— 3,32) ; — pour P : variation nulle (— 0,56) ; — pour α : variation positive (+ 9,14) ; — pour π : variation négative (— 1,04) ; — pour N : variation nulle.

En d'autres termes, *pour une bonne réaction d'arrêt, les chiffres s'écartent assez peu de la moyenne générale de l'échantillonnage ; les variations sont surtout marquées dans la ligne athlétoïde (A), avec une saturation relativement forte en facteur asthénoïde (α).*

II. — La réaction d'arrêt est médiocre (n = 28).

Les valeurs sont les suivantes, exprimées en chiffres absolus :

A ..... :	15,32 ± 0,87	P ..... :	15,96 ± 0,88
α ..... :	3,25 ± 0,39	π ..... :	9,28 ± 0,61
	N ..... :	0,79 ± 0,13	

ou, en *pourcentages* par rapport aux moyennes générales, rapportées à 100 :

A ..... :	113,06 %	P ..... :	100,19 %
α ..... :	77,57 %	π ..... :	96,57 %
	N ..... :	68,10 %	

(1) *Société médico-psychologique*, séance du 20 décembre 1955.

et, en *différences* de pourcentages par rapport aux mêmes moyennes :

A ..... :	+ 11,07	P ..... :	0
α ..... :	— 22,02	π ..... :	— 2,39
	N ..... :	— 27,59	

En d'autres termes, *la réaction médiocre s'observe chez les sujets à faible valeur asthénoïde et très faible valeur médiotypique, les valeurs athlétoïdes étant très importantes.*

III. — La réaction d'arrêt est assez bonne ($n = 21$).

Les valeurs en chiffres absolus sont les suivantes :

A ..... :	11,47 ± 1,01	P ..... :	17 ± 1,30
α ..... :	4,61 ± 0,46	π ..... :	10,57 ± 0,73
	N ..... :	0,95 ± 0,18	

ou, en *pourcentages* par rapport aux moyennes générales, rapportées à 100 :

A ..... :	84,65 %	P ..... :	106,72 %
α ..... :	110,02 %	π ..... :	109,99 %
	N ..... :	81,89 %	

et, en *différences* de pourcentages :

A ..... :	— 13,36	P ..... :	+ 4,40
α ..... :	+ 9,61	π ..... :	+ 8,95
	N ..... :	— 13,80	

En d'autres termes, *résultats intermédiaires entre les réactions bonnes et médiocres.* Certains facteurs varient dans le sens positif (α et π), d'autres dans le sens négatif (N et A), le facteur P étant relativement indifférent.

IV. — La réaction d'arrêt est très bonne ($n = 17$).

Les valeurs en chiffres absolus sont :

A ..... :	15,23 ± 0,98	P ..... :	18,11 ± 1,36
α ..... :	3,11 ± 0,69	π ..... :	9,88 ± 0,77
	N ..... :	1,42 ± 0,23	

ou, en *pourcentages* par rapport aux moyennes générales, rapportées à 100 :

A ..... :	112,40 %	P ..... :	113,68 %
α ..... :	74,22 %	π ..... :	102,81 %
	N ..... :	122,41 %	

et, en *différences* de pourcentages :

A ..... :	+ 10,41	P ..... :	+ 11,36
α ..... :	— 25,37	π ..... :	+ 1,77
	N ..... :	+ 18,10	

En d'autres termes, *fortes valeurs d'augmentation dans les secteurs médiotypique, athlétoïde et pycnique ; facteur rétracté indifférent, très faible teneur en facteur asthénoïde.*

V. — Absence de réaction d'arrêt ($n = 35$).

Les valeurs en chiffres absolus sont :

A ..... :	$14,94 \pm 0,64$	P ..... :	$15,02 \pm 0,84$
α ..... :	$3,91 \pm 0,41$	π ..... :	$9,82 \pm 0,58$
	N ..... :	$1,31 \pm 0,11$	

ou, en *pourcentages* par rapport aux moyennes générales, rapportées à 100 :

A ..... :	110,26 %	P ..... :	94,29 %
α ..... :	93,32 %	π ..... :	102,19 %
	N ..... :	112,93 %	

et, en *différences* de pourcentages :

A ..... :	+ 8,27	P ..... :	— 3,39
α ..... :	— 6,27	π ..... :	+ 1,15
	N ..... :	+ 8,62	

En d'autres termes, les variations par rapport à la moyenne, lorsqu'on constate l'absence de réaction d'arrêt, rappellent, par la médiocrité de leur importance, celle des réactions « assez bonnes » et « bonnes ». En fait, l'observation montre que c'est dans les secteurs d'affirmation que les variations sont les plus importantes. D'autre part, pour les mêmes secteurs, la variation s'effectue dans le même sens (soit positif, soit négatif). Ce, que la réaction soit « médiocre », « très bonne », ou « absente ».

Si donc, malgré une variation typologique de même nature, la réaction d'arrêt se présente en termes différents, c'est sans doute qu'intervient un autre élément, qu'il s'agit de rechercher. Cet élément est constitué :

a) par la saturation en *médiotypie*. Cette dernière est insuffisante en cas de réaction « médiocre », très forte en cas de « très bonne » réaction d'arrêt ;

b) par la différence en saturation *pycnoïde*. Cette dernière est non significative en cas de réaction « médiocre », augmentée en cas de « très bonne » réaction.

Au total, quand il y a « absence de réaction », deux phénomènes se manifestent : d'abord faible variation de la ligne A-a, ensuite saturation médiotypique et pycnoïde se rapprochant de la moyenne.

Etant entendu que, si cette tendance générale aux valeurs moyennes n'aboutit pas à une bonne réaction d'arrêt, c'est que, dans cette dernière, deux phénomènes paraissent caractéristiques, qu'on ne retrouve pas dans la réaction d'arrêt : d'une part, variations encore moindres, par rapport aux moyennes, qu'au cas de réaction absente ; d'autre part, émergence relative du facteur asthénoïde, émergence qui n'apparaît pas dans les cas où se constate l'absence de réaction d'arrêt.

VI. — Pour résumer ce qui précède en matière de réaction d'arrêt, nous retiendrons ce qui suit : en matière de réaction d'arrêt, *tout se passe comme si l'état athlétoïde prédominait dans les réactions médiocres, la rétraction dans les réactions « assez bonnes », l'asthénoïdie dans les « bonnes » réactions, la pycnoïdie dans les « très bonnes » réactions d'arrêt* (*associée, dans ce cas, à l'état médiotypique*).

III. — Signification théorique des résultats

I. — Ces résultats, considérés en valeurs absolues, paraissent déjà assez significatifs, en dépit du peu de variations des chiffres. Mais l'intérêt s'accroît encore si l'on étudie l'importance des rapports de forces qui jouent entre les valeurs positives et négatives, pour aboutir à ces résultantes que constituent un rythme de base ou une réaction d'arrêt (1). En faisant, dans cette perspective, et pour la *réaction d'arrêt*, la somme des valeurs positives d'une part, des valeurs négatives d'autre part, pour chacun des types de réaction d'arrêt, et en faisant la différence des deux (c'est-à-

(1) Nous désignons comme valeurs positives ou négatives les différences de pourcentages s'inscrivant en plus (+) ou en moins (—), mentionnées plus haut et que leur signe inscrit au-dessus ou au-dessous de la moyenne générale.

dire la somme algébrique des valeurs), on obtient, en se reportant aux tableaux ci-dessus, les résultats suivants :

Absence de réaction	+ 18,04 (2)	— 9,66 (3)	= + *8,38*
Réaction médiocre	+ 11,07	— 52	= — *40,93*
Réaction assez bonne	+ 22,96	— 27,16	= — *4,20*
Réaction bonne	+ 9,14	— 4,36	= + *4,78*
Réaction très bonne	+ 41,64	— 25,37	= + *16,27*

Comme on le voit, une progression s'établit de la réaction médiocre à la très bonne réaction. Les sujets à réaction médiocre se caractérisent par l'importance du déficit par rapport à la moyenne générale de l'échantillonnage. Au contraire, dans les « très bonnes » réactions, on note la tendance à une saturation de facteurs supérieure à celle de l'échantillonnage général.

L'intérêt de cette notion est d'être indépendante de la nature intrinsèque du facteur typologique considéré (athlétoïde, asthénoïde, etc...).

C'est dire qu'au-delà du facteur typologique, le transcendant sur un plan plus général, le problème change d'aspect, et devient d'ordre énergétique. On voit se combiner :

a) des valeurs (nous pourrions, en termes énergétiques, écrire « des forces ») *positives,* qui sont au fond l'expression d'une hyperactivité du facteur, quel qu'il soit ; cette hyperactivité typologique est en somme l'expression d'une excitation biologique dans un certain nombre de secteurs, plus ou moins sous la dépendance directe du système nerveux central ; c'est en ce sens qu'elle rejoint le concept d'*excitation,* au sens pavlovien du terme ;

b) des valeurs ou, mieux, des « forces » *négatives,* dont la véritable signification n'apparaît qu'explicitée par l'existence et la critique des valeurs moyennes intermédiaires ;

c) des valeurs ou « forces » *moyennes,* se situant entre les deux précédentes, caractérisées par une absence de réaction, et rappelant inévitablement l'état d'*inertie* du réflexologiste. Par voie de syllogisme, on est amené à considérer les valeurs négatives, en tant que dialectiquement contraires aux valeurs positives de l'excitation, comme un état négatif d'*inhibition,* au sens pavlovien.

(2) 8,27 + 8,62 + 1,15 = 18,04.
(3) 6,27 + 3,39 = 9,66.

Tout se passe donc comme si la médiocrité de la réaction d'arrêt, loin de figurer un déficit en soi, devait être interprétée comme figurative d'une certaine forme d'activité, activité négative d'inhibition, s'opposant aux forces positives de l'individu, et aboutissant peut-être sur le plan clinique (ce serait un point à étudier) à certaines de ces formes d'inhibition psycho-motrice ou sociale que représentent l'opposition, le négativisme, la passivité contrariante, l'esprit d'opposition, etc... (1).

Reste à se demander, sur le vu des chiffres exprimés ci-dessus, en quoi « l'absence de réaction » (état d'inertie) se différencie des réactions « bonnes » et « assez bonnes », dont les sommes algébriques sont encore plus proches du zéro. La réponse peut être fournie dans les termes suivants : entre la réaction « bonne » et l'absence de réaction, il y a, avons-nous vu, le fait que, pour la « bonne » réaction, seul le facteur asthénoïde émerge, les autres facteurs étant nuls ou négatifs. Pour les réactions « assez bonnes », les valeurs se situent dans un climat de négativité, c'est-à-dire dans le secteur d'inhibition.

II. — Ce qui vaut pour la réaction d'arrêt vaut-il pour le *rythme de base ?* Si l'on traduit en pourcentages les valeurs typologiques exprimées dans le tableau de la page 3, on obtient les chiffres suivants :

Ecarts de la moyenne générale :

facteur N = de 96,04 à 103,96,
facteur A = de 98,13 à 101,87,
facteur α = de 96,64 à 103,86,
facteur P = de 97,78 à 102,22,
facteur π = de 97,74 à 102,26.

Absence de rythme de base :

facteur N = 111,11, soit, par rapport à l'écart supérieur des moyennes, une différence (Δ) de + 7,15,
facteur A = 107,12 (Δ = + 5,25),
facteur α = 92,02 (Δ = — 4,62),
facteur P = 91,21 (Δ = — 6,57),
facteur π = 101,75 (Δ = 0).

(1) Ces constatations pourraient rejoindre, sauf erreur, certaines observations formulées par Roussinov au cours de la discussion générale du *Colloque sur l'activité électrique du cerveau en relation avec les phénomènes psychologiques* (Marseille, 7-12 novembre 1955).

Rythme inférieur à 8 c./s. :

facteur N = 120,31 ($\Delta = +16,35$),
facteur A = 93,85 ($\Delta = -4,28$),
facteur α = 71,01 ($\Delta = -25,63$),
facteur P = 111,52 ($\Delta = +9,30$),
facteur π = 89,39 ($\Delta = -8,35$).

Rythme de 8 à 10 c./s. :

facteur N = 100 ($\Delta = 0$),
facteur A = 100,02 ($\Delta = 0$),
facteur α = 109,17 ($\Delta = +5,81$),
facteur P = 101,4 ($\Delta = 0$),
facteur π = 98,86 ($\Delta = 0$).

Rythme de 10 à 12 c./s. :

facteur N = 87,30 ($\Delta = -8,74$),
facteur A = 98,05 ($\Delta = -0,8$),
facteur α = 94,20 ($\Delta = -2,44$),
facteur P = 97,51 ($\Delta = -0,27$),
facteur π = 104,53 ($\Delta = +2,27$).

L'équilibre des forces positives et négatives s'établit, d'après ces chiffres, comme suit :

Absence de rythme de base = + 12,40 — 11,19 = + 1,21.
Rythme inférieur à 8 c./s. = + 25,65 — 38,26 = — 12,61.
Rythme de 8 à 10 c./s. = + 5,81 — 0 = + 5,81.
Rythme de 10 à 12 c./s. = + 2,27 — 12,25 = — 9,98.

Comme on le voit, on n'observe pas ici de progression satisfaisante. Toutefois, un certain nombre de constatations intéressantes peuvent être formulées :

1. — Le rythme considéré comme « moyen » coïncide avec des valeurs positives ou moyennes, exclusives comme telles de conflits énergétiques, et rappelant par leur chiffre (+ 5,81) celui de la bonne réaction d'arrêt (+ 4,78).

2. — L'absence de rythme de base va de pair avec un équilibre de forces. L'athlétoïdie relative qui le spécifie est freinée en effet

par l'importance du facteur médiotypique. Tout se passe comme si l'excès de ce dernier, par rapport à des facteurs typologiques spécifiques d'importance moyenne, suscitait « l'inertie rythmique » du tracé.

3. — Quant aux rythmes extrêmes, ils laissent apparaître une prévalence des facteurs négatifs d'inhibition, sans qu'on observe entre les rythmes lents et rapides l'inversion de signes des forces qu'on pourrait attendre dialectiquement. La différence entre les rythmes lents et rapides tient essentiellement :

a) dans l'inversion de signes des valeurs médiotypiques (positives pour les rythmes lents, négatives pour les rythmes rapides) ;

b) dans l'importance des carences en saturations de facteurs pour les rythmes lents, ces carences étant au contraire modérées ou faibles pour les rythmes rapides.

III. — Au total, il existe sans doute pour les rythmes de base des conflits de force, dont ces rythmes représentent une résultante. Mais, étant d'ordre constitutionnel, ils sont difficiles à saisir en raison de l'infinie diversité des arbitrages intrinsèques qui aboutissent à un rythme donné.

Au contraire, l'étude de la réaction d'arrêt, phénomène provoqué par l'expérimentateur, est plus aisée à appréhender à ce point de vue. Elle se présente comme une *réponse* psychophysiologique, *qui peut être considérée comme la résultante d'un conflit de forces à signification caractérologique. Ces forces, exprimées en termes réflexologiques, sont, suivant leur importance, plus ou moins significatives, par rapport à l'état d'inertie.* Leur signe est positif ou négatif, selon qu'elles sont, ou non, spécifiques de la fonction qu'elles représentent : l'athlétoïdie est une activité positive, en ce qu'elle représente le facteur positif qu'est l'affirmation. L'insuffisance athlétoïde est une fonction négative, en ce qu'elle représente une insuffisance d'affirmation, mais cette négativité représente une force en soi. De même, si l'état athlétoïde est généralement lié à une faible asthénoïdie, ce n'est là qu'une probabilité statistique, et cet état peut, dans tel cas, coïncider avec une charge asthénoïde positive. Autrement dit, le sujet peut être de structure athléto-asthénoïde prévalente, et chacune de ces structures lui conférera un ordre déterminé de caractéristiques, favorables ou défavorables. Inversement, l'insuffisance (athlétoïde, asthénoïde, ou tout autre), si elle prive le sujet des

caractéristiques (donc des forces) corrélatives, lui confère d'autres caractéristiques, c'est-à-dire, en fait, d'autres forces qu'il s'agit de rechercher et d'analyser. Ces notions sont d'autant plus à retenir, dans la présente étude, que, semblable à tous les travaux à base anthropométrique, elle n'envisage, par cette base, qu'un côté de la personnalité. Elle laisse de côté les autres valeurs (psychologiques, sociales et économiques). Or, ces dernières sont assez souvent bénéfiques, même si le sujet est au point de vue somato-morphique faiblement saturé dans le facteur typologique correspondant. *Mais, en toute hypothèse, la carence pour un certain facteur, par rapport à la moyenne statistique d'une population donnée, libère chez l'individu, par rapport à cette population, des forces négatives qui l'opposent à son milieu. La médiocrité de la réaction d'arrêt est une des formes, graphiquement appréciables, de cette opposition.*

A ce titre, la réaction d'arrêt s'ajoute à l'étude des différenciations conditionnelles en matière réflexologique. En effet, l'un de nous a montré que les phénomènes *d'induction*, en réflexologie, et certains types de réaction aux différenciations expérimentales (« excitation compensatrice » en particulier), pouvaient être considérés comme des expressions psycho-motrices d'opposition (1). Dans le domaine réflexologique comme dans le domaine électro-encéphalographique, il s'agit d'une adaptation difficile à un problème posé. On comprend que les réponses inadéquates soient le fait (avec, sans doute, des modalités secondaires qui restent à étudier) de l'hyper-affirmation athlétoïde et de l'hypo-adaptation du rétracté.

IV. — Réaction d'arrêt en fonction du rythme de base

Il a paru intéressant de confronter, dans une vue d'ensemble, les résultats obtenus pour le rythme de base et la réaction d'arrêt, et d'étudier la signification typologique qui s'attache à ces deux fonctions électriques conjointement étudiées.

Dans l'ensemble, en effet, *tout se passe comme s'il existait une opposition entre le rythme de base, dont les variations paraissent surtout liées à celles des fonctions d'affirmation, et la réaction d'arrêt, dont les variations paraissent plutôt influencées par le sens et l'importance des fonctions d'adaptation.*

(1) J. Dublineau. — Recherches de typologie réflexologique. *Biotypologie*, janvier 1940.

1° Rythme de base. — Pour le rythme de base, on voit en effet les valeurs se différencier très nettement, sur le plan de l'adaptation, entre les rythmes lents et les rythmes rapides : les chiffres passent en effet, comme l'indique le tableau, de $15{,}71 \pm 0{,}35$ (moyenne générale) à $17{,}52 \pm 1{,}19$ dans les rythmes lents pour les valeurs P et à $10{,}15 \pm 0{,}40$ dans les rythmes rapides pour les valeurs plattoïdes de rétraction (π). Par contre, les variations des valeurs asthéno-athlétoïdes paraissent relativement moins marquées.

2° Réaction d'arrêt. — Pour la réaction d'arrêt, le phénomène est un peu plus complexe, les faits se dégageant, surtout pour les réactions « assez bonnes », « bonnes », et « très bonnes ». Le facteur athlétoïde est très fort pour les réactions « médiocres », comme pour la « très bonne » réaction, mais, comme nous l'avons vu, la différence de l'un à l'autre est liée, pour la médiocrité de la réaction, à la faiblesse de la médiotypie, et, pour la « très bonne » réaction, à l'importance de ce facteur, quand il est associé à une forte pycnicité.

Il est intéressant de noter que, pour le rythme de base comme pour la réaction d'arrêt, on observe, à peu de choses près, la prévalence d'un facteur typologique pour chacune des catégories électro-fonctionnelles considérées. Cette prévalence n'a de sens que par référence à deux ordres de faits :

— d'une part, l'importance du facteur en cause par rapport aux autres éléments de la formule typologique pour chacune des rubriques électro-fonctionnelles (qualité de la réaction d'arrêt, degré de rapidité du rythme) ;

— d'autre part, l'importance du facteur en cause par rapport aux rubriques en question.

Seule, cette double référence permet de définir ce qui suit, et de se dégager de certaines coïncidences ou contradictions apparentes.

En regroupant les faits dans cette perspective, on observe ce qui suit :

a) *Dans le secteur de l'affirmation :*

1) Le facteur *athlétoïde* est plus marqué quand il y a absence de rythme de base ($14{,}29 \pm 0{,}73$), et réaction d'arrêt médiocre ($+ 11{,}07$ %).

2) Le facteur *asthénoïde* est plus marqué dans les tracés où le

rythme de base est moyen : 8 à 10 c./sec. (4,52 ± 0,22), et la réaction d'arrêt bonne (+ 9,14 %).

b) *Dans le secteur de l'adaptation :*

1) Le facteur *pycnoïde* est plus marqué quand il y a un rythme de base lent (17,52 ± 1,19) et une réaction d'arrêt très bonne (+ 11,36 %).

2) Le facteur *plattoïde ou rétracté* est plus marqué quand il y a un rythme de base rapide (10,15 ± 0,40) et une réaction d'arrêt assez bonne (+ 8,95 %).

c) *Le facteur médiotypique* est plus marqué quand il y a un rythme lent (1,52 ± 0,15) et une excellente réaction d'arrêt (+ 18,10 %).

V. — Modalités en fonction de l'âge

Il nous a paru important de différencier les cas en fonction de l'âge pour voir si ce dernier n'intervenait pas dans les phénomènes envisagés. A ce point de vue, les statistiques générales de l'échantillonnage sont résumées dans le tableau suivant (1) :

	20 à 34 ans n = 121	35 à 50 ans n = 111	> 50 ans n = 19	MOYENNE Gnle n = 251
N.....	1,28 ± 0,06	1,17 ± 0,07	0,94 ± 0,02	1,26 ± 0,05
A.....	12,81 ± 0,35	13,91 ± 0,38	13,89 ± 0,91	13,34 ± 0,25
α.....	4,42 ± 0,22	4,35 ± 0,26	2,78 ± 0,38	4,14 ± 0,16
P.....	15,10 ± 0,47	16,64 ± 0,50	18,05 ± 0.06	15,71 ± 0,35
π.....	9,58 ± 0,73	8,29 ± 0,30	10,67 ± 0,34	9,71 ± 0,22

On constate : 1° une augmentation de la saturation en facteur pycnoïde avec l'âge des sujets ; 2° une diminution de la rétraction à l'âge moyen, avec réascension ultérieure ; 3° une légère augmentation de l'état athlétoïde à l'âge moyen ; 4° une diminution de l'état asthénoïde chez les sujets de plus de 50 ans.

(1) Nous rappelons aussi les travaux antérieurs de l'un de nous sur ce point : J. Dublineau et A. Corre, « Répartition numérique des facteurs typologiques en fonction de l'âge, dans un service de psychopathes internés ». *A.M.P.*, 1952, I, 300.

1° Réaction d'arrêt

Voici les tableaux selon l'âge (les sujets ayant dépassé la cinquantaine ont été éliminés comme n'étant pas assez nombreux) :

20 à 34 ans :

	ABSENCE n = 20	MÉDIOCRE n = 9	ASSEZ BONNE n = 11	BONNE n = 54	TRÈS BONNE n = 9	MOYENNE Gnle n = 103
N.....	1,30 ± 0,17	1,33 ± 0,27	1,72 ± 0,24	1,03 ± 0,08	1,66 ± 0,21	1,24 ± 0,07
A.....	14,40 ± 0,80	16,11 ± 1,37	10,27 ± 1,55	11,81 ± 0,46	14,44 ± 1,31	12,75 ± 0,38
α.	4,25 ± 0,59	2,77 ± 0,49	4,27 ± 0,57	5,38 ± 0,36	1,44 ± 0,55	4,44 ± 0,25
P.....	14,55 ± 1,14	12,44 ± 1,08	14 ± 1,77	15,51 ± 0,63	19,66 ± 1,64	15,26 ± 0,49
π.....	12,40 ± 0,68	10,11 ± 1,19	10,90 ± 1,06	9,72 ± 0,54	10,33 ± 1,28	10,45 ± 0,37

35 à 50 ans :

	n = 15	n = 13	n = 10	n = 18	n = 8	n = 64
N.....	1,40 ± 0,12	0,61 ± 0,17	0,10 ± 0,06	1,35 ± 0,34	1,12 ± 0,41	1,11 ± 0,07
A.....	16 ± 1,03	14,38 ± 1,66	12,80 ± 1,19	13,76 ± 0,54	15,87 ± 0,92	14,26 ± 0,41
α.	3,66 ± 0,52	3,90 ± 0,69	5 ± 0,73	3,98 ± 0,36	5 ± 1,19	4,11 ± 0,26
P.....	14,66 ± 0,67	17,53 ± 1,12	21,10 ± 1,81	16,43 ± 0,85	16,37 ± 2,27	16,78 ± 0,57
π.....	6,40 ± 0,64	8,23 ± 0,69	9,20 ± 0,93	8,94 ± 0,48	9,37 ± 0,79	8,51 ± 0,31

Comme on le voit, la progression est très variable et non superposable à la moyenne générale, même compte tenu des erreurs probables qui dévalorisent un certain nombre de chiffres.

A titre indicatif, il est intéressant de noter que la réaction d'arrêt est très bonne dans les états pycniques ; par ailleurs, aucun des sujets ayant une très bonne réaction d'arrêt n'a dépassé la cinquantaine, c'est-à-dire l'âge le plus saturé en facteur pycnique. On peut donc avancer qu'au moins pour les sujets âgés, la liaison entre la pycnicité et la très bonne réaction d'arrêt est indépendante de l'âge.

2° Rythme de base

Le tableau suivant indique la variation du rythme de base en fonction de l'âge :

20 à 34 ans :

	ABSENCE n = 13	< 8 c/s n = 9	8 à 10 c/s n = 58	10 à 12 c/s n = 34	MOYENNE Gle n = 114
N.....	1,23 ± 0,23	1,55 ± 0,28	1,32 ± 0,09	1,17 ± 0,11	1,28 ± 0,06
A.....	13,07 ± 0,76	12,33 ± 1,17	12,93 ± 0,56	12,58 ± 0,62	12,79 ± 0,36
α.....	4,69 ± 0,59	2,22 ± 0,44	5,10 ± 0,33	3,64 ± 0,37	4,39 ± 0,22
P.....	14,07 ± 1,24	14,77 ± 2,01	15,53 ± 0,62	14,50 ± 0,87	15 ± 0,46
π.....	13,15 ± 0,90	8,55 ± 0,97	10,97 ± 0,53	10,85 ± 0,54	10,58 ± 0,35

35 à 50 ans :

	n = 12	n = 6	n = 61	n = 29	n = 108
N.....	1,33 ± 0,12	1,66 ± 0,12	1,21 ± 0,12	1,03 ± 0,12	1,20 ± 0,07
A.....	16,75 ± 1,20	10,66 ± 1,50	13,59 ± 0,53	14,17 ± 0,65	13,93 ± 0,39
α.....	3,30 ± 0,63	4,50 ± 1,34	4,52 ± 0,35	4,24 ± 0,50	4,31 ± 0,26
P.....	14,33 ± 1,05	21,66 ± 2,54	16,49 ± 0,67	16,31 ± 1,10	16,49 ± 0,52
π.....	6,50 ± 0,69	8,50 ± 1,02	8,54 ± 0,39	8,96 ± 0,60	8,42 ± 0,29

Comme on le voit, les variations semblent, comme pour la réaction d'arrêt, indépendantes de l'âge, mais il est probable que des modalités pourraient se dégager de l'étude attentive d'un plus grand nombre de cas.

Les chiffres qui précèdent ne nous paraissent pas suffisants pour autoriser, jusqu'à plus ample informé, des conclusions sur ce point.

Conclusions

I. — L'étude typologique de certains facteurs électro-encéphalographiques montre l'existence d'un lien entre :

a) Le *rythme de base* et la formule typologique des individus. L'absence de rythme correspond à l'état athlétoïde, le rythme lent (inférieur à 8 c./sec.) à l'état pycnoïde, le rythme rapide (10 à 12 c./sec.) à la rétraction, le rythme moyen enfin (8 à 10 c./sec.) à l'état asthénoïde.

Ces chiffres sont pondérés par la valeur plus ou moins élevée du facteur médiotypique.

b) Pour la *réaction d'arrêt,* c'est dans les composantes d'affirmation que les variations sont les plus importantes : l'état athlé-

toïde prédomine dans les réactions « médiocres » ; l'état asthénoïde dans les réactions « bonnes » ; la rétraction dans les « assez bonnes » réaction d'arrêt. La « très bonne » réaction d'arrêt se voit chez le pycnoïde, mais associée, dans ce dernier cas, à de fortes valeurs médiotypiques.

II. — L'étude à propos de la réaction d'arrêt des variations typologiques par rapport à la moyenne de l'échantillonnage montre qu'il y a dans la réaction « médiocre » un type particulier, que son insuffisance par rapport à la moyenne permet de rapprocher des phénomènes négatifs de l'activité nerveuse supérieure, en particulier des phénomènes d'inhibition au sens réflexologique et pavlovien.

Dans cette perspective, la médiocrité de la réaction d'arrêt pourrait avoir des correspondances sur le plan caractérologique et conduire à un mode de compréhension biologique de certaines réactions d'opposition.

III. — Les variations typologiques constatées paraissent, au moins dans une certaine mesure, indépendantes de l'âge.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

fondée le 26 avril 1852
reconnue comme établissement d'utilité publique
par décret du 11 décembre 1867

LISTE

des présidents, secrétairee généraux et trésoriers de la Société médico-psychologique depuis sa fondation (1852-1956)

Présidents (1)

1852-1853	MM. G. Ferrus.	1878	MM. J. Baillarger.
1853-1854	P. Gerdy.	1879	Prosper Lucas.
1854-1855	P. Buchez.	1880	H. Legrand du Saulle.
1855-1856	J.-B. Parchappe	1881	J. Luys.
1856-1857	J.-L. Peisse.	1882	Dally.
1857-1858	J. Baillarger.	1883	A. Motet.
1858-1859	L. Cerise.	1884	A. Foville.
1859-1860	U. Trélat.	1885	H. Dagonet.
1861	A. Brierre de Boismont	1886	Armand Semelaigne.
1862	Adolphe Garnier.	1887	V. Magnan.
1863	L. Delasiauve.	1888	J. Cotard.
1864	J.-J. Moreau de Tours.	1889	Jean-Pierre Falret.
1865	J. Girard de Cailleux.	1890	B. Ball.
1866	Félix Voisin.	1891	Bouchereau.
1867	Paul Janet.	1892	Théophile Roussel.
1868	R. Brochin.	1893	J. Christian.
1869	Constans.	1894	Auguste Voisin.
1870-1871	E. Lasègue.	1895	Paul Moreau de Tours.
1872	Jules Falret.	1896	Eugène Charpentier.
1873	L. Lunier.	1897	Paul Garnier.
1874	Ch. Loiseau.	1898	H. Meuriot.
1875	J. Blanche.	1899	Jules Voisin.
1876	Dumesnil.	1900	V. Magnan.
1877	E. Billod.	1901	A. Joffroy.

(1) Fondée le 26 avril 1852, la Société médico-psychologique fut présidée d'abord par Ferrus et, jusqu'en 1860, choisit en juillet son président annuel. A partir de 1860, le président fut élu à la séance de décembre pour entrer en fonctions au mois de janvier.

1902	MM.	A. Motet.
1903		Gilbert Ballet.
1904		Brunet.
1905		Ch. Vallon.
1906		M. Briand.
1907		G. Deny.
1908		J. Séglas.
1909		Legras.
1910		F.-L. Arnaud.
1911		P. Sérieux.
1912		M. Klippel.
1913		René Semelaigne.
1914-1916		A. Vigouroux.
1917		Ph. Chaslin.
1918		Henri Colin.
1919		J.-M. Dupain.
1920		M. Trénel.
1921		Fl. Pactet.
1922		Ed. Toulouse.
1923		A. Antheaume.
1924		V. Truelle.
1925		J. Roubinovitch.
1926		P. Sollier.
1927		M. Legrain.
1928		Raoul Leroy.
1929		Pierre Janet.
1930	MM.	J. Capgras.
1931		Henri Claude.
1932		L. Marchand.
1933		Georges Dumas.
1934		R. Mignot.
1935		Th. Simon.
1936		Cl. Vurpas.
1937		René Charpentier.
1938		A. Fillassier.
1939		M. Laignel-Lavastine.
1940		P. Guiraud.
1941		Achille Delmas.
1942		A. Barbé.
1943		H. Beaudouin.
1944		J. Lhermitte.
1945		A. Baudouin.
1946		G. Demay.
1947		Eug. Minkowski.
1948		A. Fribourg-Blanc.
1949		G. Heuyer.
1950		X. Abély.
1951		H. Wallon.
1952		G. Collet.
1953		D. Santenoise.
1954		B. Logre.
1955		Paul Abély.
1956		Bonhomme.

Secrétaires généraux

1852-1856	MM.	A. Dechambre.	
1856-1858		L. Cerise.	
1858-1859		A. Brierre de Boismont	
1859-1861		Th. Archambault.	
1862-1866		R. Brochin.	
1867-1873		Ch. Loiseau.	
1873-1881		A. Motet.	
1882-1920		Ant. Ritti.	
1920-1930	MM.	Henri Colin.	
1930-1935		René Charpentier.	
1936-1940		P. Courbon.	
1941-1942		J. Vié.	
1943-1952		J. Dublineau.	
1953		Paul Abély.	
1954-1955		Xavier Abély.	
1956		Paul Abély.	

Trésoriers-Archivistes

1852-1855	MM.	C.-F. Michéa.	
1855-1861		R. Brochin.	
1862-1871		H. Legrand du Saulle.	
1872-1892		Auguste Voisin.	
1893-1897		Jules Voisin.	
1898-1902		Brunet.	
1903-1908		A. Antheaume.	
1908-1920	MM.	F. Pactet.	
1921-1931		R. Mallet.	
1931-1936	Mme	L. Thuillier-Landry.	
1937-1946	MM.	G. Collet.	
1947-1952		P. Menuau.	
1953-1956		O. Garand.	

BUREAU POUR 1955

Président : M. J. Bonhomme.
Vice-Président : M. Adrien Borel.
Secrétaire général : M. Paul Abély.
Trésorier-Archiviste : M. O. Garand.
Secrétaires des séances : MM. M. Bergeron et P. Sivadon.

LISTE DES MEMBRES établie le 15 janvier 1956 (1)

Membres titulaires honoraires (23)

Membres titulaires depuis :		*Membres titulaires* depuis :	
1910.	MM. Piéron.	1931.	MM. Wallon.
1911.	Marchand.	—	Jacques Baruk.
—	René Charpentier.	—	Desruelles.
1920.	Th. Simon.	—	J. Hamel.
1924.	Guiraud.	—	Hesnard.
1926.	Courbon.	—	Lagriffe.
1927.	Minkowski.	—	Jean Lépine.
1930.	Guillain.	—	Bourguignon.
—	André-Thomas.	—	Vignaud.
—	Fribourg-Blanc.	1934.	Brissot.
1931.	Mme Thuillier-Landry.	—	Lerat.
		1939.	Beaussart.

Membres titulaires (98)

Membres titulaires depuis :		*Membres titulaires* depuis :	
1920.	MM. Barbé.	1926.	MM. Logre.
1924.	J. Lhermitte.	1927.	D. Santenoise.

(1) Les candidats au titre de *membre titulaire, membre correspondant national* ou *membre associé étranger* de la Société médico-psychologique, doivent adresser au secrétaire général, en même temps que leur lettre de candidature, une liste de titres et travaux scientifiques et un exemplaire de leurs publications.

Membres titulaires
depuis :

1927. MM. H. Beaudouin.
1930. Heuyer.
— Xavier Abély.
— A. Baudouin.
— Genil-Perrin.
1931. Paul Abély.
— Vinchon.
Henri Baruk.
A. Borel.
— Collet.
Targowla.
— Péron.
— Bonhomme.
— Gouriou.
— P. Combemale.
— Euzière.
— Guichard.
— Hesnard.
— Lauzier.
— Nayrac.
— A. Porot.
— Raviart.
Vieux.
Largeau.
1932. Cénac.
1935. Porc'her.
1937. Pommé.
— Martimor.
Allamagny.
— Villey-Desmeserets.
1938. Chatagnon.
1939. Le Savoureux.
— Dublineau.
1940. Montassut.
Henri Ey.
— Bessière.
— Picard.
1941. Mlle Cullerre.
— M. Jean Delay.
1942. MM. Menuau.
— Rondepierre.
— Delmas-Marsalet.
— Hyvert.
1943. Cossa.
1944. Frantz Adam.
— Riser.
1945. J. Dechaume.

Membres titulaires
depuis :

1946. Masquin.
— Chanès.
— Michaux.
— Male.
— Teulié.
— Lagache.
— Sivadon.
— Daumézon.
1947. Donnadieu.
— Hazemann.
— Gardien.
— Leconte.
— Le Guillant.
— Gallot.
— Soulairac.
— Tison.
1948. W. Aubrun.
1949. Rouart.
— Bergeron.
— Pottier.
Schaeffer.
1951. David.
— Garand.
— Crémieux.
— Tusques.
— Meignant.
— Vullien.
1952. J. Borel.
— Hécaen.
— Caron.
— Lôo.
1953. Aubin.
— Sutter.
— M. Porot.
1954. Alliez.
1955. Lafon.
— J.-F. Buvat.
— Manceaux.
— Follin.
— Deshaies.
— H. Mignot.
— Poursines.
— Scherrer.
— Beley.
— Fromenty.
— Deniker.
— V.-J. Durand.

Membres correspondants nationaux

Membres correspondants depuis :		
1913.	MM.	Voivenel.
1919.		Boudon.
—		Benon.
1920.		Vian.
1923.		Ch. Reboul-Lachaux.
1924.		Prince.
1925.		Gilbert Robin.
1930.		Alajouanine.
—		Delaville.
1931.		Barré.
—		Gonnet.
—		Macé de Lépinay.
—		Lamache.
—		Grimbert.
—		Labuchelle.
—		Ernst.
—		Artur.
1932.		Mestrallet.
—		P. Lassalle.
—		Ombrédane.
—		Trivas.
—		Burckard.
1933.		Cuel.
—		Daussy.
—		Potet.
1934.		Léculier.
—		Mareschal.
—		Lacan.
—	Mme	Volkringer.
—	MM.	Bargues.
—		Frey.
1935.		Got.
—		Durand-Saladin.
—		J. Lassale.
—		Christy.
—		Dupytout.
—		Trillot.
—		Leclercq.
—		Casalis.
—	Mme	Humbert-Derombies.
—	M.	Rubenovitch.
1936.	Mme	Masson.
—	Mlle	Deschamps.
1936.	MM.	Mans.
—		Feuillade.

Membres correspondants depuis :		
1937.		Briau.
		Pierson.
		L. Anglade.
—	Mme	Crozet.
—	MM.	Doussinet.
		Jean Royer.
1938.		Ferdière.
—		Frétet.
—		Fail.
—		Ducoudray.
1939.		Pierre Royer.
—		Bardenat.
—		M. Rougean.
—		Fortineau.
—		Géraud.
1940.		Menger.
—		Couléon.
—	Mlle	Rousset.
—	MM.	Adnès.
1941.		Lamarche.
		Alexandre Sizaret.
1942.		Devallet.
—		Vidart.
—		Coulonjou.
—	Mlle	Jacob.
—	MM.	Bouvet.
		Neveu.
		Fau.
		Maurice.
		Valence.
—		Furet.
—		Hugues.
1943.		Fouquet.
—		Bonnafé.
1943.		Rivière.
		Perrot.
—		Pagès.
—		Laboucarié.
1943.	MM.	Perrin.
1944.		Carrot.
—		Duchêne.
—		Coulon.
—		Letailleur.
—		Bachet.

Membres correspondants depuis :

1945. Bernard.
J. Naudascher.
G. Néron.
— Mme Dreyfus-Moreau.
— MM. Charlin.
J. Carrier.
P. Girard.
D. Colomb.
1946. Mlle Leuret.
— MM. Ollivier.
Vallade.
Cochemé.
Couderc.
Danjou.
— Mme Cavé.
MM. Ch. Durand.
Nodet.
Eliascheff.
1947. Golse.
Berthon.
Feuillet.
Boittelle.
Leyritz.
Barrère.
Baumgartner.
Morice.
Clerc.
Péchoux.
Bureau.
Courchet.
Provost.
Stevenin.
Mlle Granier.
MM. Fouks.
1948. Jean Beaudouin.
Rouault de la Vigne.
Paraire.
Chaurand.
1948. MM. Schachter.
Digo.
L. Gayral.
Duran.
Bertrand.
Bouquerel.
Carrère.
N. Duc.
Boudouresques.
Buffet.

Membres correspondants depuis :

— Mlle Saulnier.
— MM. Wibrotte.
Perreau.
1949. Jacquel.
Mlle Thévenin.
— MM. Tosquelles.
Kohler.
Lebovici.
Burstin.
Igert.
Peiffer.
Mallet.
Pichot.
Tarbouriech.
Belfils.
Picart.
1950. Joyeux.
Oulès.
Amado.
J.-Cl. Dubois.
Mlle Ganidel.
Mme Raimbourg.
MM. Pariente.
Pasquet.
1951. Pierre Sizaret.
Mme Ragu-Frey.
MM. Cain.
Verdeaux.
Lobel.
Bour.
Blandin.
Rigal.
Mme I. de Bures-Mackensen.
MM. Baron.
Chertok.
1951. MM. Guyot.
Hamon.
1952. Angel.
Zaborowski.
Singer.
Hosotte.
Lacaton.
Mlle Hoffer.
MM. Koechlin.
Marchais.
Suttel.
Gachkel.

Membres correspondants depuis :	
—	J. Roger.
1953.	Klein.
-	Ramée.
–	R. Leulier.
-	Mme H. Leulier.
–	MM. Aymé.
—	Benoiston.
-	Leroy.
—	Rancoule.
–	Borenstein.
—	Schweich.
—	Bernard.
—	Achalle.
—	Le Beau.
1953.	MM. Le Bras.
--	Bensoussan.
—	Feld.
-	Navarrane.
–	Thuillier.
- -	Tixador.
—	J. de Montrémy.
1954.	Cohen.
—	Schmidt.
	Trillat.
–	Breton.
	Cénac-Thaly.
—	Mlle Lavitry.

Membres correspondants depuis :	
—	MM. Le Mappian.
—	Monnerot.
—	Broussolle.
	Hivert.
	Faure.
-	Achaintre.
	Dupont.
	Scherr.
— -	Ueberschlag.
- -	Kammerer.
	Delattre.
1955.	J. Faure.
—	Verdier.
-	Mme Bonnafous-Sérieux.
-	MM. Defontaine.
—	Veil.
—	Henne.
	Gurtler.
—	Volmat.
—	Fraillon.
—	Lambert.
—	Fernandez.
-	Coirault.
-	Puech.
—	Launay.
–	Mlle Buisson.
—	M. Lafon.

Nous donnons ci-après la liste et les adresses des *membres titulaires honoraires*, des *membres titulaires*, des *membres correspondants nationaux* et des *membres associés étrangers* avec la date de leur entrée dans la Société. Prière d'adresser toutes rectifications au *secrétaire général de la Société médico-psychologique*.

Membres titulaires honoraires (23)

MM. Baruk (Jacques), 19, rue Mirabeau, à Angers (Maine-et-Loire). — *26 décembre 1910.*

Bourguignon (Georges), 15, rue Royer-Collard, Paris (V^e^). — *22 décembre 1930.*

Beaussart (Paul), 13, rue Albert-Sorel, à Paris (XIV^e^). — *25 novembre 1912.*

Brissot (Maurice), 34, rue de la Clef, Paris (V^e^). — *27 juin 1921.*

Charpentier (René), 27, avenue de la Costa, à Monte-Carlo. — *30 décembre 1907.*

Courbon (Paul), 48, rue d'Alésia, Paris (XIV^e^). — *18 décembre 1916.*

MM. Desruelles (Maurice), 14, quai Maréchal-Foch, à La Charité-sur-Loire (Nièvre). — *26 janvier 1931.*

Fribourg-Blanc (André), 16, place Notre-Dame, à Grenoble (Isère). — *22 décembre 1930.*

Guillain (Georges), 215 *bis*, boulevard Saint-Germain, Paris (VII[e]). — *22 décembre 1930.*

Guiraud (Paul), 4, rue Maria-Deraisme, Paris (XVII[e]). — *27 novembre 1922.*

Hamel (Jacques), à Vesoul (Haute-Saône). — *28 mai 1931.*

Hesnard (André), 47 *bis*, Littoral Frédéric Mistral, à Toulon (Var). — *29 décembre 1923.*

Lagriffe (Lucien), 14, place Mescloaguen, à Quimper (Finistère). — *18 décembre 1905.*

Lépine (Jean), 11, rue Forestière du Mont-Boron, à Nice (Alpes-Maritimes). — *22 février 1909.*

Lerat (H.), 6 *bis*, avenue Carnot, à La Rochelle (Charente-Maritime). — *28 juillet 1913.*

Marchand (Léon), 47, rue Falguière, Paris (XV[e]). — *25 mars 1901.*

Minkowski (Eugène), 68, rue de Babylone, Paris (VII[e]). — *25 mai 1925.*

Piéron (Henri), 52, route de la Plaine, Le Vésinet (Seine-et-Oise). — *27 avril 1903.*

Simon (Théodore), 2, rue de Fleurus, Paris (VI[e]). — *24 mai 1909.*

Thomas (André), 28, rue Marbeuf, Paris (VIII[e]). — *22 décembre 1930.*

Mme Thuillier-Landry (L.), 102, rue de Grenelle, Paris (VII[e]). — *26 janvier 1931.*

MM. Vignaud (Jean-Baptiste), 4, avenue du Général-Leclerc, Paris (XIV[e]). — *28 novembre 1927.*

Wallon (Henri), 19, rue de la Tour, Paris (XVI[e]). — *22 décembre 1930.*

Membres titulaires

MM. Abély (Paul), Hôpital psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, Paris (XIV[e]). — *30 juin 1924.*

Abély (Xavier), Hôpital psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, Paris (XIV[e]). — *27 juin 1921.*

Adam (Frantz), 2, rue Falret, Vanves (Seine). — *23 février 1931.*

Allamagny (P.), 10, route du Domaine, Le Vésinet (Seine-et-Oise). — *29 mars 1921.*

Alliez (Joseph), 26, rue Delanglade, à Marseille (Bouches-du-Rhône). — *27 février 1939.*

Aubin (Henri), 1, chemin du Coudon, à Chamalières (Puy-de-Dôme). — *26 octobre 1936.*

Aubrun (Witold), 73, rue de Courcelles, Paris (VIII[e]). — *27 octobre 1941.*

Barbé (André), 39, rue de l'Université, Paris (VII[e]). — *24 avril 1911.*

Baruk (Henri), 57, rue Général-Leclerc, à Saint-Maurice (Seine). — *26 janvier 1931.*

Baudouin (Alphonse), 5, rue Palatine, Paris (VI[e]). — *22 décembre 1930.*

Beaudouin (Henri), 39, avenue Vauban, Villemomble (Seine). — *29 septembre 1924.*

MM. Beley (André-P.-L.), Hôpital psychiatrique de Perray-Vaucluse (Seine-et-Oise). — *27 juin 1938.*

Bergeron (Marcel), Hôpital psychiatrique de Villejuif (Seine). — *24 novembre 1947.*

Bessière (René), Hôpital psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, Paris (XIV^e^). — *24 octobre 1938.*

Bonhomme (J.), 17, rue de Penthièvre, à Sceaux (Seine). — *27 novembre 1916.*

Borel (Adrien), 11, quai aux Fleurs, Paris (IV^e^). — *29 décembre 1923.*

Borel (Jacques), Hôpital psychiatrique de Villejuif (Seine). — *23 décembre 1935.*

Buvat (Jean-François), 130, rue de la Glacière, Paris (XIII^e^). — *26 octobre 1942.*

Cénac (Michel), 4, rue de Babylone, Paris (VI^e^). — *28 juin 1926.*

Caron (Marcel), Hôpital psychiatrique de Fleury-les-Aubrais (Loiret). — *25 juin 1934.*

Chanès (Charles), Hôpital psychiatrique de Ville-Evrard, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — *22 janvier 1940.*

Chatagnon (Pierre), Hôpital psychiatrique de Maison-Blanche, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — *27 juillet 1914.*

Collet (Georges), 6, avenue des Marronniers, à Fontenay-sous-Bois (Seine). — *23 février 1914.*

Combemale (Pierre), 128, boulevard de la Liberté, à Lille (Nord). — *28 mai 1931.*

Cossa (Paul), 29, boulevard Victor-Hugo, à Nice (Alpes-Maritimes). — *22 juin 1931.*

Crémieux (Albert), 255, rue Paradis, à Marseille (Bouches-du-Rhône). — *26 octobre 1936.*

Mlle Cullerre (Elisabeth), Hôpital psychiatrique de Perray-Vaucluse, par Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise). — *18 décembre 1934.*

MM. Daumézon (Georges), Hôpital psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, Paris (XIV^e^). — *22 novembre 1937.*

David (Marcel), 4, rue Galliera, Paris (XVI^e^). — *28 février 1938.*

Dechaume (Jean), 16, quai de Tilsitt, à Lyon (Rhône). — *26 novembre 1934.*

Delay (Jean), 53, avenue Montaigne, Paris (VIII^e^). — *27 février 1939.*

Delmas-Marsalet (Paul), 144, rue Abbé-de-l'Epée, à Bordeaux (Gironde). — *27 avril 1931.*

Deniker (Pierre), 21, avenue Pierre-I^er^-de-Serbie. — *18 décembre 1950.*

Deshaies (Gabriel), 57, rue du Maréchal-Leclerc, à Saint-Maurice (Seine). — *22 décembre 1947.*

Donnadieu (André), Hôpital psychiatrique de Château-Picon, à Bordeaux (Gironde). — *28 mai 1934.*

Dublineau (Jean), Hôpital psychiatrique de Ville-Evrard, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — *27 février 1933.*

Durand (Victor-Jean), Hôpital psychiatrique de Saint-Venant (Pas-de-Calais). — *21 février 1954.*

Euzière (Jean), 18, rue Marceau, à Montpellier (Hérault). — *28 mai 1931.*

Ey (Henri), Hôpital psychiatrique de Bonneval (Eure-et-Loir). — *27 juin 1932.*

MM. Follin (Sven), Hôpital psychiatrique de Maison-Blanche, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — *27 mars 1944.*

Fromenty (Louis), 32, rue de l'Hospitalité, à Tours (Indre-et-Loire). — *28 décembre 1931.*

Gallot (M.), 160, avenue de Suffren, Paris (VII^e^). — *22 décembre 1938.*

Garand (Ollivier), 15, rue Boissière, Paris (XVI^e^). — *23 février 1948.*

Gardien (Pierre-Etienne), Hôpital psychiatrique de Naugeat, à Limoges (Haute-Vienne). — *25 octobre 1937.*

Genil-Perrin (Georges), 63, boulevard Raspail, Paris (VII^e^). — *29 décembre 1919.*

Gouriou (Paul), Hôpital psychiatrique de Villejuif (Seine). — *27 avril 1931.*

Guichard (Valentin), 7, boulevard de Cessole, à Nice (Alpes-Maritimes). — *28 mai 1931.*

Hazemann (Robert), 17, rue Thouin, Paris (V^e^). — *25 janvier 1943.*

Hécaen (Henri), 1, rue de Villersexel, Paris (XII^e^). — *22 février 1943.*

Heuyer (Georges), 1, avenue Emile-Deschanel, Paris (VII^e^). — *27 décembre 1926.*

Hyvert (Maurice), Hôpital psychiatrique de Clermont-de-l'Oise (Oise). — *26 janvier 1931.*

Lafon (Robert), 2, rue Ancien-Courrier, à Montpellier (Hérault). — *24 novembre 1947.*

Lagache (Daniel), Professeur à la Faculté des Lettres, Sorbonne, Paris (V^e^). — *28 janvier 1935.*

Largeau (Robert), 29, rue de Clichy, Paris (IX^e^). — *22 décembre 1930.*

Lauzier (Jean), Hôpital psychiatrique de la Chartreuse, à Dijon (Côte-d'Or). — *26 mars 1928.*

Leconte (Maurice), Hôpital psychiatrique de Maison-Blanche, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — *24 octobre 1938.*

Le Guillant (Louis), Hôpital psychiatrique de Villejuif (Seine). — *27 juin 1932.*

Le Savoureux (Henri), Maison de Santé de La Vallée-aux-Loups, à Châtenay-Malabry (Seine). — *24 juin 1935.*

Lhermitte (Jean), 9, rue Marbeuf, Paris (VIII^e^). — *28 avril 1924.*

Logre (B.), 1, rue de Cérisoles, Paris (VIII^e^). — *28 juin 1920.*

Lôo (Pierre), Institut neuropsychiatrique de La Charité-sur-Loire (Nièvre). — *28 mai 1934.*

Male (Pierre), 6, rue de Bellechasse, Paris (VII^e^). — *22 février 1937.*

Manceaux (A.), 103, rue Michelet, à Alger. — *24 mai 1948.*

Martimor (Emmanuel), Hôpital psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e^). — *23 mai 1932.*

Masquin (Pierre), 1, rue Petite-Fusterie, à Avignon (Vaucluse). — *23 mai 1932.*

Meignant (Paul), 29, rue Victor-Hugo, à Nancy (Meurthe-et-Moselle). — *26 janvier 1931.*

Menuau (Pierre), Hôpital psychiatrique de Moisselles (Seine-et-Oise). — *22 décembre 1938.*

Michaux (Léon), 5, rue Saint-Philippe-du-Roule, Paris (VIII^e^). — *25 janvier 1942.*

Mignot (Hubert), Hôpital psychiatrique de Maison-Blanche, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — *28 février 1949.*

MM. Montassut (Marcel), Hôpital psychiatrique de Villejuif (Seine). — *28 juin 1928.*

Nayrac (Paul), 645, avenue de la République, à Lille (Nord). — *28 mai 1931.*

Péron (Noël), 10, quai Galliéni, à Suresnes (Seine). — *26 janvier 1931.*

Picard (Jean), Hôpital psychiatrique de Bonneval (Eure-et-Loir). — *28 novembre 1932.*

Pommé (Bernard), 47, avenue Julien, Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme). — *26 novembre 1934.*

Porc'her (Yves-J.-M.), Hôpital psychiatrique Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, Paris (XIV^e^). — *23 janvier 1933.*

Porot (Antonin), Clinique Saint-Raphaël, El Biar, Alger. — *25 novembre 1912.*

Porot (Maurice), Clinique Saint-Raphaël, El Biar, Alger. — *22 novembre 1943.*

Pottier (Claude), Hôpital psychiatrique de Clermont-de-l'Oise (Oise). — *22 mars 1937.*

Poursines (Yves), 15, rue Saint-Jacques, à Marseille (Bouches-du-Rhône). — *25 janvier 1954.*

Riser (Marcel), 1, rue Pont-de-Tounis, à Toulouse (Haute-Garonne). — *22 mai 1944.*

Raviart (Georges), 3, rue de Canteleu, à Lille (Nord). — *29 mai 1922.*

Rondepierre (Jacques), Hôpital psychiatrique de Ville-Evrard, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — *23 décembre 1932.*

Rouart (Julien), 40, rue Paul-Valéry, Paris (XVI^e^). — *23 décembre 1935.*

Santenoise (Daniel), 78, avenue de La Bourdonnais, Paris (VII^e^). — *26 novembre 1923.*

Schaeffer (Henri), 170, rue de la Pompe, Paris (XVI^e^). — *22 décembre 1930.*

Scherrer (Pierre), Hôpital psychiatrique d'Auxerre (Yonne). — *24 janvier 1938.*

Sivadon (Paul), Hôpital psychiatrique de Ville-Evrard, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — *25 novembre 1935.*

Soulairac (André), 55, boulevard Saint-Jacques, Paris (XIV^e^). — *22 décembre 1938.*

Sutter (Jean), 44, rue Denfert-Rochereau, à Alger. — *22 mai 1939.*

Targowla (René), 169, rue de l'Université, Paris (VII^e^). — *29 décembre 1923.*

Teulié (Guilhem), Hôpital psychiatrique de Maison-Blanche, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — *28 décembre 1936.*

Tison (Marcel), Maison de Santé de Saint-Mandé (Seine). — *22 décembre 1941.*

Tusques (Jean), professeur à la Faculté de médecine de Dakar (Sénégal). — *22 juin 1936.*

Vieux (Numa), à Divonne-les-Bains (Ain). — *24 juin 1912.*

Villey-Desmeserets (Georges), 130, rue de la Glacière, Paris (XIII^e^). — *23 février 1931.*

Vinchon (Jean), 108, rue du Bac, Paris (VII^e^). — *27 juin 1921.*

Vullien (Robert), Hôpital psychiatrique d'Armentières (Nord). — *26 octobre 1936.*

Membres correspondants nationaux

MM. Achalle (Jean-Yves), Hôpital psychiatrique de La Charité-sur-Loire (Nièvre). — *18 mai 1953.*

Achaintre (André), Hôpital psychiatrique du Vinatier, à Bron (Rhône). — *22 novembre 1954.*

Adnès (André), Hôpital psychiatrique du Mans (Sarthe). — *16 décembre 1940.*

Alajouanine (Th.), 120, avenue Victor-Hugo, Paris (XIVe). — *22 décembre 1930.*

Amado (Georges), 15, rue de Presles, Paris (XVe). — *27 mars 1950.*

Angel (J.-M.), 11, rue Antonin-Poncet, à Lyon (Rhône). — *25 février 1952.*

Anglade (Louis), Hôpital psychiatrique du Mans (Sarthe). — *22 novembre 1937.*

Artur (René), 81, rue de Fougères, Rennes (Ille-et-Vilaine). — *22 juin 1931.*

Aymès (J.), Hôpital psychiatrique de Clermont-de-l'Oise (Oise). — *23 février 1953.*

Bachet (M.), 20, rue du Docteur-Roux, Paris (XVe). — *26 mars 1945.*

Bardenat (Roger), Clinique psychiatrique, 6, rue Richelieu, à Alger. — *27 mars 1939.*

Bargues (Roger), 144, chemin Norel, à Talence (Gironde). — *26 novembre 1934.*

Barré (Jean-André), Clinique neurologique, à Strasbourg (Bas-Rhin). — *26 janvier 1931.*

Barrère (L.), Hôpital psychiatrique, 17, rue Auguste-Quercy, Montauban (Tarn-et-Garonne). — *24 mars 1947.*

Baron (Germain), Colonie agricole de Chezal-Benoît (Cher). — *17 décembre 1951.*

Baumgartner (P.), 3, place Carnot, Aix-les-Bains (Savoie). — *24 mars 1947.*

Beaudouin (Jean), Hôpital psychiatrique de Saint-Rémy (Haute-Saône). — *26 janvier 1948.*

Benoiston (Jean), Hôpital psychiatrique de Sotteville-lès-Rouen (Seine-Maritime). — *23 mars 1953.*

Benon (R.-L.), à Saumur (Maine-et-Loire). — *24 novembre 1949.*

Bensoussan (Pierre), 74, rue Raynouard, à Paris (XVIe). — *23 novembre 1953.*

Bernard (Paul), Hôpital psychiatrique de Lommelet (Nord). — *26 mars 1945.*

Bernard (Roger), Hôpital psychiatrique d'Evreux (Eure). — *27 avril 1953.*

Berthon (Michel), avenue Georges-Clémenceau, à Nice (Alpes-Maritimes). — *24 février 1947.*

Bertrand (Victor), Hôpital psychiatrique, à Lannemezan (Hautes-Pyrénées). — *22 novembre 1948.*

Blandin (Pierre), Hôpital psychiatrique de Sainte-Marie-de-l'Assomption, à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme). — *25 juin 1951.*

MM. Boittelle (Georges), Hôpital psychiatrique de Perray-Vaucluse (Seine-et-Oise). — *24 février 1947.*

Bonnafé (Lucien), Hôpital psychiatrique de Saint-Yon, à Saint-Eienne-du-Rouvray (Seine-Maritime). — *22 février 1943.*

Mme Bonafous-Sérieux (Hélène), Hôpital psychiatrique d'Evreux (Eure). — *25 avril 1955.*

MM. Borenstein (Pinchas), Hôpital psychiatrique de Quatre-Mares, à Sotteville-lès-Rouen (Seine-Maritime). — *23 mars 1953.*

Boudon (Louis), 179, boulevard Saint-Germain, Paris (VII[e]). — *28 juillet 1919.*

Boudouresques (Jacques), 5, rue Aldebert, Marseille (Bouches-du-Rhône). — *22 novembre 1948.*

Bour (Pierre), Hôpital psychiatrique de Saint-Venant (Pas-de-Calais). — *28 mai 1951.*

Bouvet (Maurice), 17, rue Jean-Mermoz, Paris. — *26 mai 1942.*

Bouquerel (Jacques), Hôpital psychiatrique de Bailleul (Nord). — *22 novembre 1948.*

Breton (Jacques), Hôpital psychiatrique de Vauclaire (Dordogne). — *22 mars 1954.*

Briau (Raymond), Hôpital psychiatrique de Nantes (Loire-Inférieure). — *24 mai 1937.*

Broussolle (Paul), Hôpital psychiatrique du Vinatier, à Bron (Rhône). — *24 mai 1954.*

Buffet, Direction du service de santé de Tunisie, Hôpital de Sidi Abdallah, Ferryville. — *22 novembre 1948.*

Mlle Buisson, Hôpital psychiatrique de Vauclaire (Dordogne). — *20 décembre 1955.*

MM. Burckard (Edouard), Hôpital psychiatrique de Stephansfeld (Bas-Rhin). — *27 juin 1932.*

Bureau (Georges), 11, rue Ampère, Paris (XVII[e]). — *27 octobre 1947.*

Mme de Bures-Mackensen (Idelette), Hôpital psychiatrique de Saint-Venant (Pas-de-Calais). — *26 novembre 1951.*

MM. Burstin (J.), 24, rue Vintimille, Paris (XII[e]). — *24 octobre 1949.*

Caïn (Jacques), 359, rue Paradis, à Marseille (Bouches-du-Rhône). — *23 avril 1951.*

Carrère (Jean), Hôpital psychiatrique de Fleury-les-Aubrais (Loiret). — *22 novembre 1948.*

Carrier (Jean), 168, route de Vienne, à Lyon (Rhône). — *26 novembre 1945.*

Carrot (Edmond), 9, place de Bretagne, à Rennes (Ille-et-Vilaine). — *27 mars 1944.*

Casalis (Bernard-A.), 40, avenue Horace-Vernet, Le Vésinet (Seine-et-Oise). — *23 décembre 1935.*

Mme Cavé (Madeleine), 2, rue Guy-de-Maupassant, Paris (XVI[e]). — *28 octobre 1946.*

MM. Cénac-Thaly (Henri), Hôpital psychiatrique de Dury-lès-Amiens (Somme). — *26 avril 1954.*

Charlin (A.), 12, rue Charles-Nodier, à Besançon (Doubs). — *28 mai 1945.*

Chaurand (André), 126, rue de Cugnaux, Toulouse (Haute-Garonne). — *26 avril 1948.*

MM. Chertok (L.), 46, avenue des Ternes, Paris (XVII^e^). — *17 décembre 1951.*

Christy (Henri-Ed.), Hôpital psychiatrique du Vinatier, à Lyon (Rhône). — *24 juin 1935.*

Clerc (Pierre), Hôpital psychiatrique de Grenoble (Isère). — *27 octobre 1947.*

Cochemé (Rémi), 21, rue Cérès, à Reims (Marne). — *28 octobre 1946.*

Cohen (Jacques), Hôpital psychiatrique d'Auch (Gers). — *25 janvier 1954.*

Coirault (R.), Service de neuro-psychiatrie, Hôpital militaire du Val-de-Grâce, à Paris. — *24 octobre 1955.*

Colomb (Daniel), 58, rue Ambroise-Cottet, à Troyes (Aube). — *26 novembre 1945.*

Couderc (Louis), 22, rue Général-Cérez, à Oran (Algérie). — *28 octobre 1946.*

Couléon (Henri), 91, rue Caponière, à Caen (Calvados). — *18 mars 1940.*

Coulon (Georges), 7, rue de Tilsitt, Paris (XVII^e^). — *27 novembre 1944.*

Coulonjou (Roger), 18, rue Branda, à Brest (Finistère). — *23 mars 1942.*

Courchet (J.-L.), 3, square du Bois de Boulogne, Paris (XVI^e^). — *27 octobre 1947.*

Mme Crozet, à Ars-en-Ré (Charente-Maritime). — *22 novembre 1937.*

MM. Cuel (Jean-R.), 16, rue Littré, Paris (VI^e^). — *23 janvier 1933.*

Danjou (Philippe), Les Rives de Prangins, près Nyons (Suisse). — *28 octobre 1946.*

Daussy (Henri), Hôpital psychiatrique de Rennes (Ille-et-Vilaine). —

Defontaine (Jean), 30, rue des Pyramides, Lille (Nord). — *25 avril 1955.*

Delattre (Jacques), 3, avenue de Messine, Paris (VIII^e^). — *20 décembre 1954.*

Delaville (Maurice), 9, boulevard Malesherbes, Paris (VIII^e^). — *22 décembre 1930.*

Mlle Deschamps (Andrée), Hôpital psychiatrique de Fleury-les-Aubrais (Loiret). — *24 février 1936.*

MM. Devallet (Jacques), Hôpital psychiatrique de Bailleul (Nord). — *23 février 1942.*

Digo (René), Hôpital psychiatrique de Vieille-Eglise (Seine-et-Oise). — *28 juin 1948.*

Doussinet (Pierre), Hôpital psychiatrique de Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme). — *22 novembre 1937.*

Mme Dreyfus-Moreau (Jacqueline), 16, rue de Sèvres, Paris (VII^e^). — *28 mai 1945.*

MM. Dubois (Jean-Claude), Etablissement thermal, à Saujon (Charente-Maritime). — *27 mars 1950.*

Duc (Nguyen), Hôpital psychiatrique de Montpellier (Hérault). — *22 novembre 1948.*

Duchêne (Henri), 7, avenue de La Motte-Picquet, Paris (VII^e^). — *27 mars 1944.*

Ducoudray (J.), Asile privé du Bon-Sauveur, à Albi (Tarn). — *22 décembre 1938.*

Dupont (Albert), Hôpital psychiatrique de Dury-lès-Amiens (Somme). — *22 novembre 1954.*

MM. Dupytout (Gabriel), 11, rue Armand-Barbès, à Limoges (Haute-Vienne). — *24 juin 1935.*

Duran ( ), 261, rue Garibaldi, à Lyon (Rhône). — *28 juin 1948.*

Durand (Charles), Les Rives de Prangins, près Nyon (Suisse). — *25 novembre 1946.*

Durand-Saladin (Jean), 10, quai Galliéni, à Suresnes (Seine). — *24 juin 1935.*

Eliascheff (Sylvain), 30, rue de Plaisance, à Nogent-sur-Marne (Seine). — *25 novembre 1946.*

Ernst (Henri), à Divonne-les-Bains (Ain). — *28 mai 1931.*

Fail (Gabriel), Hôpital psychiatrique de Châlons-sur-Marne (Marne). — *24 octobre 1938.*

Fau (René), 18, rue Thiers, à Grenoble (Isère). — *22 juin 1942.*

Faure (Henri), Hôpital psychiatrique de Bonneval (Eure-et-Loir). — *25 octobre 1954.*

Faure (Jean), 20, rue Marceau, Montpellier (Hérault). — *24 janvier 1955.*

Feld (Michel), 6, rue de Villersexel, Paris (VII[e]). — *23 novembre 1953.*

Ferdière (Gaston), à Anglet-Saint-Jean (Basses-Pyrénées). — *24 janvier 1938.*

Fernandez (Adolfo), Hôpital psychiatrique de Cadillac (Gironde). — *11 juillet 1955.*

Feuillade (Maurice), 19 *bis*, quai Tilsitt, à Lyon (Rhône). — *23 novembre 1936.*

Feuillet (Charles), Hôpital psychiatrique de Maréville (Meurthe-et-Moselle). — *24 février 1947.*

Fortineau (Jean), 125, rue Paul-Bellamy, à Nantes (Loire-Inférieure). — *27 mars 1939.*

Fouks (Léon), Hôpital Pasteur, à Poitiers (Vienne). — *24 novembre 1947.*

Fouquet (Pierre), 62, rue Albert-Joly, à Versailles (Seine-et-Oise). — *25 janvier 1943.*

Fraillon (Jean), 11, rue Saint-Martin, Le Mans (Sarthe). — *27 juin 1955.*

Fretet (Jean), 28, rue du Lycée, à Saint-Quentin (Aisne). — *24 octobre 1938.*

Frey (Bernard), Hôpital psychiatrique de Rouffach (Haut-Rhin). — *18 décembre 1934.*

Furet (Arthur), Néris-les-Bains (Allier). — *21 décembre 1942.*

Gachkel (Y.), 33, rue George-Sand, Paris (XVI[e]). — *24 novembre 1952.*

Mlle Ganidel (Georgette), Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, Paris (XIV[e]). — *27 mars 1950.*

MM. Gayral (L.), 25, Allées des Demoiselles, à Toulouse (Haute-Garonne). — *28 juin 1948.*

Géraud (Jean), 13, place Esquirol, à Toulouse (Haute-Garonne). — *18 décembre 1939.*

Girard (Paul), 40, boulevard des Belges, à Lyon (Rhône). — *26 novembre 1945.*

Golse (Jean), Hôpital psychiatrique du Bon-Sauveur, à Caen (Calvados). — *27 janvier 1947.*

MM. Gonnet (André), 21, rue Brossard, à Saint-Etienne (Loire). — *26 janvier 1931.*

Got (Roger), Hôpital psychiatrique de Navarre, par Evreux (Eure). — *25 mars 1935.*

Mlle Granier (Régine), 27, rue de Saint-Mandé, Charenton (Seine). — *27 octobre 1947.*

MM. Grimbert (Charles), 11, rue Duroc, Paris (VII[e]). — *30 mars 1931.*

Gurtler (Joseph), Colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher). — *23 mai 1955.*

Guyot (Paul), Hôpital psychiatrique de Bégard (Côtes-du-Nord). — *17 décembre 1951.*

Hamon (J.), Hôpital militaire Percy, 101, avenue Henri-Barbusse, à Clamart (Seine). — *17 décembre 1951.*

Henne (Michel), Hôpital psychiatrique de Saint-Venant (Pas-de-Calais). — *23 mai 1955.*

Hivert (Paul), Maison de santé de Ville-Evrard, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — *25 octobre 1954.*

Mlle Hoffer (H.), 53, rue du Rocher, Paris (VIII[e]). — *24 novembre 1952.*

MM. Hosotte (André), Hôpital militaire Maillot, à Alger. — *23 juin 1952.*

Hugues (Paul), Hôpital psychiatrique de Leyme (Lot). — *21 décembre 1942.*

Mme Humbert-Derombies (Madeleine), Hôpital psychiatrique de Saint-Ylie, près Dôle (Jura). — *23 décembre 1935.*

M. Igert (Maurice), Centre de neuro-psychiatrie, Hôpital de Casablanca (Maroc). — *24 octobre 1949.*

Mlle Jacob (Elisabeth), Hôpital psychiatrique de Clermont-de-l'Oise (Oise). — *23 mars 1942.*

MM. Jacquel (Marc), Maison de santé de Carqueiranne (Var). — *28 février 1949.*

Joyeux (Jean), Colonie familiale, Ainay-le-Château (Allier). — *27 mars 1950.*

Kammerer (Théophile), 14, avenue des Vosges, à Strasbourg (Bas-Rhin). — *20 décembre 1954.*

Klein (Francis), Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, Paris (XIV[e]). — *23 février 1953.*

Koechlin (P.), Centre de traitement et de réadaptation sociale, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — *24 novembre 1952.*

Kohler (Claude), 11, place Carnot, à Lyon (Rhône). — *27 juin 1949.*

Laboucarié (Jean), Maison de santé d'Aufréry, à Balma (Haute-Garonne). — *22 novembre 1943.*

Labuchelle (Marcel), 9, rue du Colisée, à Bordeaux (Gironde). — *27 avril 1931.*

Lacan (Jacques), 5, rue de Lille, Paris (VII[e]). — *22 octobre 1934.*

Lacaton (Raymond), Hôpital de Blida-Joinville, Alger. — *23 juin 1952.*

Lafon (Jean), à Paris. — *20 décembre 1955.*

Lamache (Alexandre), 27, boulevard de la Liberté, Rennes (Ille-et-Vilaine). — *23 février 1931.*

Lamarche (André), 23, boulevard Bab-Benat, à Tunis. — *28 juillet 1941.*

Lambert (Pierre), Hôpital psychiatrique de Bassens (Savoie). — *11 juillet 1955.*

Lassale (Jean), 16, rue Victor-Hugo, à Lyon (Rhône). — *24 juin 1935.*

MM. Lassalle (Pierre), Hôpital psychiatrique d'Auch (Gers). — *22 février 1932.*

Launay (J.), Hôpital psychiatrique de Bailleul (Nord). — *28 novembre 1955.*

Mlle Lavitry (Simone), 17, avenue Antonin-Mercier, Toulouse (Haute-Garonne). — *24 mai 1954.*

MM. Le Beau (Jacques), 107, rue de l'Université, Paris (VII^e^). — *23 novembre 1953.*

Lebovici (Serge), 9, avenue du Président-Wilson, Paris (XVI^e^). — *27 juin 1949.*

Le Bras (René), Hôpital maritime de Brest (Finistère). — *23 novembre 1953.*

Leclercq (Pierre), 40, avenue Horace-Vernet, Le Vésinet (Seine-et-Oise). — *28 octobre 1935.*

Léculier (Pierre), Hôpital psychiatrique de la Chartreuse de Dijon (Côte-d'Or). — *25 juin 1934.*

Le Mappian (Maurice), Hôpital psychiatrique de Montdevergues (Vaucluse). — *24 mai 1954.*

Leroy (Roger), 15, rue Jeanne-d'Arc, à Saint-Mandé (Seine). — *23 mars 1953.*

Letailleur (Maurice), Hôpital psychiatrique de Clermont-de-l'Oise (Oise). — *27 novembre 1944.*

Leulier (Roger), 7, allée Bocage, Le Vésinet (Seine-et-Oise). — *23 février 1953.*

Mme Leulier (Hélène), 7, allée Bocage, Le Vésinet (Seine-et-Oise). — *23 février 1953.*

Mlle Leuret (Simonne), 38, rue Lacépède, Paris (V^e^). — *26 février 1946.*

MM. Leyritz (Jacques), Hôpital psychiatrique de Clermont-de-l'Oise (Oise) — *24 février 1947.*

Lobel (Georges), 12, rue Bugeaud, à Brest (Finistère). — *28 mai 1951.*

Macé de Lépinay (Charles), 112, rue Saint-Dominique, Paris (VII^e^). — *26 janvier 1931.*

Mallet (Jean), 7, rue Alphonse-Daudet, Paris (XIV^e^). — *28 juin 1949.*

Mans (Jean), Hôpital psychiatrique d'Agen (Lot-et-Garonne). — *27 avril 1936.*

Marchais (P.), 22, rue Clauzel, Paris (IX^e^). — *24 novembre 1952.*

Mareschal (Pierre), Hôpital psychiatrique de La Manouba (Tunisie). — *25 juin 1934.*

Mme Masson (Agnès), Hôpital psychiatrique de Cadillac (Gironde). — *27 janvier 1936.*

MM. Maurice (Henri), 37, rue Desjardins, à Angers (Maine-et-Loire). — *26 octobre 1942.*

Menger (Pierre), Hôpital psychiatrique de Bégard (Côtes-du-Nord). — *22 janvier 1940.*

Mestrallet (André), 196, route de Vienne, à Lyon (Rhône). — *26 janvier 1932.*

Monnerot (Emile), Hôpital psychiatrique de Prémontré (Aisne). — *24 mai 1954.*

Montrémy (Jacques de), Maison de santé de Merfy (Marne). — *23 novembre 1953.*

Morice (Julien), 102, boulevard Voltaire, Paris (XI^e^). — *27 octobre 1947.*

MM. Naudascher (Jean), Clinique médicale du Centre, à Huisson-sur-Cosson (Loir-et-Cher). — *23 avril 1945.*

Navarranne (Pierre), Hôpital maritime Sainte-Anne, à Toulon (Var). — *23 novembre 1953.*

Néron (Guy), 31, boulevard Suchet, Paris (XVI[e]). — *26 mars 1945.*

Neveu (Paul), Hôpital psychiatrique de Lorquin (Moselle). — *26 mai 1942.*

Nodet (Charles-Henri), Hôpital psychiatrique de Bourg (Ain). — *25 novembre 1946.*

Ollivier (Henri), 37, cours Franklin-Roosevelt, à Marseille (Bouches-du-Rhône). — *26 février 1946.*

Ombrédane (André), Centre d'études psychotechniques, 13, rue Paul-Chotard, Paris (XV[e]). — *25 avril 1932.*

Oulès (Jean), Hospice de Montauban (Tarn-et-Garonne). — *27 mars 1950.*

Pagès (Louis), 18, rue Saint-Jean, à Montluçon (Allier). — *22 novembre 1943.*

Paraire (J.), Hôpital militaire du Val-de-Grâce, Paris. — *23 février 1948.*

Pariente (Maurice), Hôpital psychiatrique de La Roche-Gandon (Mayenne). — *23 octobre 1950.*

Pasquet (Paul-Adolphe), Hôpital maritime de Brest (Finistère). — *23 octobre 1950.*

Péchoux (Raymond), 12, Allée des Tilleuls, à Caluire (Rhône). — *27 octobre 1947.*

Peiffer (Emile), Maison des Dames de Saint-Maur, La Rose, à Marseille (Bouches-du-Rhône). — *24 octobre 1949.*

Perreau (Jean), 39, rue J.-P-Veyrat, à Chambéry (Savoie). — *22 novembre 1948.*

Perrin (Jean), 38, avenue Charles-Floquet, Paris (VII[e]). — *13 décembre 1943.*

Perrot (Robert-Maurice), Hôpital psychiatrique de Cadillac (Gironde). — *28 juin 1943.*

Picard (Pierre), Service de neuro-psychiatrie, Hôpital maritime de Sainte-Anne, à Toulon (Var). — *28 novembre 1949.*

Pichot (Pierre), 24, rue Tournefort, Paris (V[e]). — *28 novembre 1949.*

Pierson (Carl-Antoine), Villa El-Ouzal, rue Dalou, à Casablanca (Maroc). — *25 octobre 1937.*

Potet (M.), Médecin Général Inspecteur, 30, avenue de Jonchay, Alger. — *27 novembre 1933.*

Prince (Anatole), 4, rue Buzot, à Evreux (Eure). — *25 février 1924.*

Provost (Charles), 3, avenue Octave-Gréard, Paris (VII[e]). — *27 octobre 1947.*

Puech (Jacques), Hôpital psychiatrique de Prémontré (Aisne). — *24 octobre 1955.*

Mme Ragu-Frey (Janine), 7, avenue de la Grande-Armée, Paris (XVI[e]). — *22 janvier 1951.*

Mme Raimbourg ( ), 28, rue Thiers, Le Havre (Seine-Maritime). — *24 avril 1950.*

MM. Ramée (Frédéric), Hôpital psychiatrique de Blida (Algérie). — *23 février 1953.*

MM. Rancoule (M.), Hôpital psychiatrique Sainte-Marie, à Nice (Alpes-Maritimes). — *23 mars 1953.*

Reboul-Lachaux (Charles), 8, boulevard Bertramion, à Marseille (Bouches-du-Rhône). — *26 novembre 1923.*

Rigal (Jacques), Hôpital militaire Robert-Picqué, Bordeaux (Gironde). — *26 novembre 1951.*

Rivière (Hugues), 10, rue de l'Ermitage, à Montmorency (Seine-et-Oise). — *11 mai 1943.*

Robin (Gilbert), 15, quai Voltaire, Paris (VIII[e]). — *27 avril 1925.*

Roger (J.), 66, boulevard Notre-Dame, à Marseille (Bouches-du-Rhône). — *24 novembre 1952.*

Rouault de la Vigne (Alain), Hôpital psychiatrique de Lehon (Côtes-du-Nord). — *26 janvier 1948.*

Rougean (Marcel), La Dallière, à Agneaux, par Saint-Lô (Manche). — *27 mars 1939.*

Mlle Rousset (Suzy), Hôpital psychiatrique Saint-Méen, à Rennes (Ille-et-Vilaine). — *18 mars 1940.*

MM. Royer (Jean), Hôpital psychiatrique de Sainte-Catherine, à Yzeure (Allier). — *23 décembre 1937.*

Royer (Pierre), Hôpital psychiatrique de Maréville (Meurthe-et-Moselle). — *27 février 1939.*

Rubenovitch (Pierre), 18 *bis*, rue de Bruxelles, Paris (IX[e]). — *23 décembre 1935.*

Mme Saulnier (Micheline), 16, rue de la Procession, Paris (XV[e]). — *22 novembre 1948.*

MM. Schachter (M.), 1, rue Molière, à Marseille (Bouches-du-Rhône). — *24 mai 1948.*

Scherr (Alfred), 11, rue Meynadier, à Paris (XIX[e]). — *22 novembre 1954.*

Schmidt (Pierre), Hôpital psychiatrique de Pontorson (Manche). — *25 janvier 1954.*

Schweich (Michel), Centre de traitement et de réadaptation sociale, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — *23 mars 1953.*

Singer (Léonard), Clinique psychiatrique, Hôpital civil de Strasbourg (Bas-Rhin). — *24 mars 1952.*

Sizaret (Alexandre), Hôpital psychiatrique de Sainte-Gemmes-sur-Loire (Maine-et-Loire). — *22 décembre 1941.*

Sizaret (Pierre), Hôpital psychiatrique de Tours (Indre-et-Loire). — *22 janvier 1951.*

Stévenin (Laurent), 9, rue Bridaine, Paris (IX[e]). — *27 octobre 1947.*

Suttel (René), Hôpital psychiatrique de Montdevergues, à Montfavet (Vaucluse). — *24 novembre 1952.*

Tarbouriech (Louis), Hôpital psychiatrique de Privas (Ardèche). — *22 novembre 1949.*

Mlle Thévenin (Line), 8, quai Saint-Clair, à Lyon (Rhône). — *23 mai 1949.*

MM. Thuillier (J.), 28, rue Chardon-Lagache, à Paris (XVI[e]). — *23 novembre 1953.*

Tixador (M.), Maison de santé de Merfy (Marne). — *23 novembre 1953.*

Tosquelles (François), Hôpital psychiatrique de Saint-Alban (Lozère). — *27 juin 1949.*

Trillat (Paul), Hôpital psychiatrique de Clermont-de-l'Oise (Oise). — *21 février 1954.*

MM. Trillot (Jean), Asile privé du Bon-Sauveur, à Albi (Tarn). — *24 juin 1935.*

Trivas (Jean), Hôpital psychiatrique, 7, rue de Navailles, à Niort (Deux-Sèvres). — *25 avril 1932.*

Ueberschlag (Henri), Hôpital psychiatrique de Lannemezan (Hautes-Pyrénées). — *22 novembre 1954.*

Valence (Robert), Maison de santé Saint-Eugène, à Alger. — *21 décembre 1942.*

Vallade (Louis), Hôpital psychiatrique d'Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône). — *26 février 1946.*

Veil (Claude), 55, rue de Passy, Paris (XVI^e^). — *25 avril 1955.*

Verdeaux (G.), 6, rue de Villersexel, Paris (VII^e^). — *23 avril 1951.*

Verdier (Pierre), Meknès (Maroc), 2, rue de Lyon. — *24 janvier 1955.*

Vian (Louis), 49, rue Pastorelli, à Nice (Alpes-Maritimes). — *28 juin 1920.*

Vidart (Lionel), 12, avenue Pierre-I^er^-de-Serbie, Paris (XVI^e^). — *23 février 1942.*

Voivenel (Paul), 18, rue de la Dalbade, à Toulouse (Haute-Garonne). — *28 juillet 1913.*

Mme Volkringer-Martrille (Denise), 60, rue du Maréchal-Joffre, Le Perreux (Seine). — *22 octobre 1934.*

MM. Volmat (Robert), 89, rue Croix-Nivert, Paris (XV^e^). — *27 juin 1955.*

Wibrotte (Jean), 15, avenue de Tourville, Paris (VII^e^). — *22 novembre 1948.*

Zaborowski (Michel), Hôpital psychiatrique de Cuers-Pierrefeu (Var). — *25 février 1952.*

Membres associés étrangers [1]

ALLEMAGNE

MM. Aschaffenburg (Gustav), professeur de psychiatrie à l'Université, 70, Oberlander Hufer, Cologne. — *26 juillet 1937.*

Kretschmer (Ernest), professeur de psychiatrie à l'Université, 8, Ortenbergstrasse, Marburg-s.-Lahn. — *26 juillet 1937.*

Rudin (Ernst), 2, Kraepelinstrasse, Munich. — *26 juillet 1937.*

ARGENTINE

MM. Belbey (José), ex-professeur de médecine légale à l'Université de La Plata, Callao 232, Buenos-Aires. — *26 juillet 1937.*

Berman (Gregorio), ex-professeur de médecine légale à l'Université de Córdoba. — *18 décembre 1950.*

(1) Les événements des dernières années ayant trop souvent rendu difficiles les relations et la mise à jour de ces listes, *prière d'adresser toutes rectifications de noms et d'adresses* et tous renseignements utiles *au secrétaire général de la Société médico-psychologique.*

MM. Bosch (Gonzalo), professeur de psychiatrie à l'Université de Buenos-Aires, Canning 2698, Buenos-Aires. — *27 février 1933.*

Dimitri (Vicente), professeur de neurologie à la Faculté de médecine de Buenos-Aires, Libertad 960, Buenos-Aires. — *23 avril 1934.*

Gorriti (Fernando), ex-directeur de la Colonie nationale d'aliénés « Docteur Domingo Cabred », Calle Bulnes, 945, à Buenos-Aires. — *23 février 1931.*

Krapf (E. Eduardo), professeur agrégé de psychiatrie à l'Université de Buenos-Aires, membre du tableau d'experts de santé mentale de l'O.M.S. (O.N.U.), Maipú 1266, Buenos-Aires. — *26 juillet 1937.*

Lopez (Lucio Vicente), Suipacha 1254, Buenos-Aires. — *23 février 1931.*

Loudet (Oswaldo), ex-professeur de psychiatrie à l'Université de La Plata, Ayacucho 1084, Buenos-Aires. — *22 juin 1936.*

Piñéro (Hector M.), Ayacucho 242, Buenos-Aires. — *23 février 1931.*

Rojas (Nerio), ex-professeur de médecine légale à l'Université de Buenos-Aires, Anchorena 1180, Buenos-Aires. — *26 janvier 1932.*

Seggiaro (J.-A.), Clinique psychiatrique de l'Université de Córdoba. — *24 novembre 1952.*

Sbarbi (Mario A.), chef de travaux pratiques de psychiatrie à l'Université de Buenos-Aires, Independencia 1220, Buenos-Aires. — *26 juillet 1937.*

Victoria (Marcos), libre-docent de neurologie à la Faculté de médecine de Buenos-Aires, Arenales 1441, Buenos-Aires. — *23 janvier 1939.*

BELGIQUE

MM. Alexander (Marcel), professeur à l'Ecole de criminologie du ministère belge de la justice, médecin-chef du service d'anthropologie pénitentiaire et du dispensaire central d'hygiène mentale, 56, rue Saint-Georges, Bruxelles. — *22 décembre 1947.*

Bobon (Jean), chef de travaux à l'Université, 14, quai de Rome, Liége. — *22 juin 1952.*

Bogaert (Ludo Van), agrégé à l'Université de Bruxelles, 59, rue Philippe-Villiot, Anvers. — *18 décembre 1934.*

De Craene (Ern.), professeur à l'Université, 47, rue du Lac, Bruxelles. — *30 mai 1929.*

Dellaert (R.), maître de conférences de psychologie pathologique à l'Université de Louvain, médecin-psychiatre des hôpitaux d'Anvers. — *22 décembre 1947.*

Divry (P.), professeur de Clinique psychiatrique à l'Université de Liége. — *22 décembre 1947.*

Mme Duret-Cosyns, à Forest, Bruxelles, 127, avenue Albert. — *20 décembre 1955.*

MM. Hoedemakers (W.), médecin du service d'anthropologie pénitentiaire, 130, avenue des Cerisiers, Bruxelles. — *29 décembre 1921.*

Lamsens (J.), médecin-chef de l'Institut psychiatrique de Dŭffel. — *23 avril 1952.*

Ley (Jacques), agrégé à l'Université, 200, avenue du Prince-d'Orange, Bruxelles, 3. — *22 octobre 1933.*

Massaut (Ch.), médecin-directeur de la Colonie provinciale de Lierneux. — *23 avril 1952.*

MM. Meeus, 10, Kloostertraat, Ostinalle. — *29 février 1904.*

Myle (G.), médecin-chef de l'Institut psychiatrique de Saint-Nicolas, Waas. — *23 avril 1952.*

Nyssen (R.), professeur de psychiatrie et de pathologie expérimentale à l'Université, 243, avenue Croix-de-Feu, Bruxelles. — *22 décembre 1947.*

Rouvroy (Charles), professeur de psychiatrie à l'Université, médecin en chef de la Clinique universitaire de Lowenjoul-lès-Louvain, 4, chemin privé, Louvain. — *23 avril 1952.*

Titeca (Jean), agrégé à l'Université, médecin-chef du Centre neuro-psychiatrique, 250, chaussée de Dieleghem, Jette, Bruxelles. — *25 novembre 1935.*

Van Bogaert (Ludo), agrégé à l'Université de Bruxelles, 47, rue de l'Harmonie, Anvers. — *18 décembre 1934.*

Mme Vandervelde-Beeckman, médecin du service d'anthropologie pénitentiaire, 14, place du Petit-Sablon, Bruxelles. — *30 mai 1929.*

M. Verstraeten (Paul), médecin-chef de l'Institut Caritas à Melle, près Gand. — *28 mai 1924.*

BRESIL

MM. Almeira Guimarès (de), privat-docent de psychiatrie à la Faculté de médecine de Rio-de-Janeiro, médecin-psychiatre du service national des maladies mentales du Brésil. — *24 mars 1947.*

Cavalcanti (Evelino Pessoa), ex-professeur de psychiatrie à la Faculté de médecine de Rio-de-Janeiro, chef de clinique à l'Hôpital général de la Santa-Casa de Misericordia. — *28 juin 1948.*

Ferraz-Alvim (James), 29, rue Benjamin-Constant, São-Paulo. — *28 octobre 1935.*

Freitas Junior (Otavio de), Rua Dom Bosco, 779, Recife, Pernambuco. — *26 avril 1952.*

Luceano (José), professeur à la Faculté de médecine de Recife. — *24 janvier 1955.*

Nèves-Manta (L. de), libre-docent de psychiatrie de l'Université du Brésil, membre de l'Académie nationale de médecine de Rio-de-Janeiro. — *24 avril 1950.*

Olinto (Plinio), 890, Copacabana, Rio-de-Janeiro. — *22 juin 1931.*

Pacheco e Silva (A. C.), Hôpital de Juquery. São Paulo. — *22 juin 1931.*

Roxo (Henrique de Brito Belford), professeur de Clinique psychiatrique à l'Université, Rio-de-Janeiro. — *26 mai 1924.*

Tretiakoff (de Moscou), Hospice de Juquery (Brésil). — *25 octobre 1916* (figurait, en 1939, au titre de l'Esthonie).

CANADA

MM. Caron (Sylvio), professeur agrégé à l'Université Laval, médecin de l'Hôpital Saint-Michel-Archange, Mastaï, Québec. — *26 janvier 1932.*

Larivière (Paul), professeur de psychiatrie à l'Université, médecin de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, Montréal. — *27 juin 1932.*

Lefébure de Bellefeuille (Gaston), professeur à l'Université de Montréal, médecin de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu. — *30 mars 1931.*

MM. Noël (Omer), surintendant médical, Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, près Montréal. — *30 janvier 1928.*

Plouffe (Daniel), surintendant médical, Hôpital de Bordeaux, près Montréal. — *30 janvier 1928.*

Roy (C.-S.), surintendant médical, Hôpital Saint-Michel-Archange, Mastaï, Québec. — *30 mars 1931.*

CHILI

MM. Beca (Manuel), Casa de Crates, Santiago. — *29 mars 1897.*

Fontecilla (Oscar), professeur, 330, Santa-Lucia, Santiago. — *28 mai 1931.*

Garafulic (Juan), médecin-chef de la section d'observation de la Maison des mineurs de Santiago-du-Chili (Bandera 140 F, 5e piso). — *26 juillet 1897.*

COLOMBIE

MM. Asuad (Julio), professeur à l'Université de Bogota. — *24 mars 1941.*

Cualla (Julio), professeur de médecine légale à la Faculté de droit de Bogota. — *26 juin 1939.*

Maximiliano Rueda (G.), professeur de psychiatrie à la Faculté, médecin-chef de l'asile d'aliénés, Bogota. — *26 février 1934.*

Sanchez (Luis Jaine), professeur de Clinique des maladies mentales à l'Université catholique de Bogota. — *22 décembre 1947.*

Soccaras (José-Francisco), professeur agrégé de psychiatrie à la Faculté de médecine de Bogotá. — *26 juin 1950.*

CUBA

MM. Bustamente (José), La Havane. — *18 décembre 1950.*

Valdes Anciano (J. A.), professeur à l'Université de La Havane. — *28 novembre 1910.*

EGYPTE

M. Ziwar ( ), professeur-adjoint à l'Université Farouk-Ier, Le Caire — *24 janvier 1949.*

ESPAGNE

MM. Ajuriaguerra (J. de), professeur agrégé à titre étranger de la Faculté de médecine de Paris, Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, Paris (XIVe). — *18 décembre 1944.*

Germain-Cébrian (José), chef de la section de psychiatrie et d'hygiène mentale de la Direction générale de santé, directeur de l'Institut psycho-technique, 7, Espalter, Madrid. — *26 novembre 1934.*

Rodriguez-Arias (Belarmino), directeur de l'Institut neurologique de Barcelone, ancien professeur à la Faculté de médecine, Via Augusta, 61, Barcelone. — *26 mars 1923.*

Vivès (Salvador), ancien directeur des services techniques de psychiatrie de Catalogne, 88, c. Caspe, Barcelone. — *26 juillet 1921.*

ETATS-UNIS D'AMERIQUE

Mme Alexander (Harriet C. B.), 303, Ravine Drive, Highland Park (Illinois). — *25 mars 1912.*

MM. Blumer (George Adler), Superintendent Emeritus, Butler Hospital, 196, Blackstone Blvd, Providence (Rhode Island). — *30 octobre 1899.*

Farnell (Frédérick J.), 577, Angell Street, Providence (Rhode Island). — *30 novembre 1925.*

Gordon (Alfred), 1812, Spruce Street, Philadelphie (Pensylvania). — *22 février 1909.*

Greene (Ransom A.), Superintendent, Walter E. Fernald State School, Waverley (Massachusetts). — *28 mai 1931.*

Liber (Amour), Neurological Hospital, Welfare Island, New-York City. — *18 décembre 1934.*

Lowell S. Selling, Director of psychopathic Clinic, Recorder Cour, Detroit (Michigan). — *22 décembre 1938.*

May (James V.), Superintendent, Boston State Hospital, Dorchester Center (Massachusetts). — *27 novembre 1933.*

Percival Bailey, Chicago. — *23 février 1953.*

Mlle Robinovitch (Louise G.), Golden (Colorado). — *30 octobre 1899.*

MM. Rosanof (Aaron J.), 2007, Wilshire Blvd, Los Angeles (California). — *28 mai 1931.*

Thom (Douglas A.), 520, Commonwealth Avenue, Boston (Massachusetts). — *28 novembre 1927.*

Walter L. Bruetsh, Indianapolis. — *23 février 1953.*

GRANDE-BRETAGNE

MM. Armstrong (Robert William), Littlemore Hospital, Oxford, England. — *28 avril 1952.*

Bruce (Alexander, Ninian), D. Sc., M.D., F.R.C.P.E., Lecturer in Neurology, University of Edinburgh, 8, Ainslie Place, Edinburgh, Scotland. — *28 novembre 1927.*

McCowan (Peter Knight), médecin-directeur, professeur de maladies mentales à l'Université de Wales, Crighton Royal, Dumfries, Scotland. — *28 avril 1952.*

Drury (Kenneth Kirpatrick), médecin-directeur de Carlton Hayes Hospital, Narborough, Leicester, England. — *28 avril 1952.*

James (G. W. B.), C.B.E., M.C., M.D., D.P.M., Physician-in-Charge, Department of Psychiatry and Lecturer to Medical School, St.-Mary's Hospital ; Hon. Consultant in Psychiatry to the Army ; The Lawn Hillingdon, Middlesex, or 86 Brook Street, London, W. 1. — *26 novembre 1934.*

Mayer-Gross (William Heidelberg), directeur des recherches cliniques, Crighton Royal, Dumfries, Scotland. — *28 avril 1952.*

Rees (John Rawlings), C.B.E., M.A., M.D., F.R.C.P., D.P.H., Director World Federation of Mental Health, 19, Manchester Street, London, W. 1. — 2/116, Bickenhall Mansions, Baker Street, London, W. 1. — *26 juillet 1937.*

Rees (Thomas Percy), médecin-directeur de Warlingham Park Hospital, Surrey, England. — *28 avril 1952.*

MM. Tennent (Thomas), Saint-Andrews Hospital, Northampton, England. — *23 juin 1952.*

Walk (Alexander), médecin-chef, Cane Hill Hospital, Coulsdon, Surrey, England. — *28 avril 1952.*

Mme Wilson (Isabel Grace Hood), 32, Rutland Gate, Knightsbridge, Londres, S.W. 7. — *23 juin 1952.*

M. Worth (Reginald), C.B.E., M.B., B.S., M.R.C.S., L.R.C.P., Cedar Cottage, Hill Head, Fareham, Hants. — *28 novembre 1927.*

GRECE

MM. Dracoulidès (N. N.), docteur en médecine de la Faculté d'Athènes, 9, rue Akarnon. — *22 novembre 1948.*

Garophalidès (Constantin), 34, avenue de l'Université, Athènes : 46, rue Vénizélos. — *22 novembre 1937.*

Kouréfas (Démètre), chargé de cours à l'Ecole du service de santé militaire, 15, rue Tjorge, Athènes. — *27 novembre 1933.*

Loverdo (G. de), secrétaire général de la Société de neurologie et de psychiatrie, 21, rue Sina, Athènes. — *18 décembre 1934.*

Scouras (Photis), professeur agrégé de neurologie et de psychiatrie à la Faculté de médecine d'Athènes, 8, avenue Alexandras. — *27 juin 1949.*

Vlavianos (S.), professeur agrégé à l'Université, 16, rue Zinonis, Athènes (actuellement en Amérique). — *25 mai 1912.*

Vlavianos (Georges J.), chef de clinique des maladies nerveuses et mentales à l'Université, 53, rue Patission, Athènes. — *18 décembre 1934.*

Yanniris ( ), ex-médecin de l'asile de Domocaitis. — *28 mai 1900.*

HAITI

M. Mars (Louis), 59, rue Capois, à Port-au-Prince. — *24 juin 1935.*

HOLLANDE

MM. Beijerman (W.), 29, Koningsplein, Delft. — *22 novembre 1937.*

Coenen (L.), 6, Kleine Houtweg, Haarlem. — *26 avril 1937.*

Meyers (Frédéric), secrétaire de la Société néerlandaise d'hygiène mentale, Stadion Kade, 11, Amsterdam. — *26 juillet 1937.*

Pameyer (Jacques-Henri), inspecteur des hôpitaux psychiatriques, 23, Bilders Straat, La Haye. — *26 juillet 1937.*

Rumke (H. C.), professeur de Clinique psychiatrique à l'Université d'Utrecht, 4, Mariahoek, Utrecht. — *23 juin 1952.*

Van der Horst (L.), professeur de Clinique psychiatrique et neurologique à l'Université municipale et à l'Université libre d'Amsterdam, Wilhelmina-Gasthuis, Amsterdam. — *23 juin 1952.*

Van der Scheer (L.), professeur à l'Université de Groningen, 185, Verl. Heereweg. — *22 février 1932.*

Westerman-Holstijn (A. J.), secrétaire général de la Société néerlandaise de neurologie et de psychiatrie, 10, Albrecht Dürerstraat, Amsterdam. — *23 juin 1952.*

IRAN

M. Rezaï ( ), professeur de psychiatrie à l'Université de Téhéran. — *24 juin 1946.*

ISRAEL

M. Winnik ( ), secrétaire de la Société neuro-psychiatrique d'Israël. — *24 novembre 1952.*

ITALIE

MM. Balduzzi (Eduardo), Hôpital psychiatrique de Varese. — *23 juin 1952.*
Boschi (Gaetano), ex-directeur de l'asile d'aliénés de Ferrare. — *29 décembre 1913.*
Campailla (G.), directeur de l'hôpital psychiatrique de Ferrare. — *24 novembre 1952.*
Cazzamalli (Ferdinando), privat-docent de psychiatrie, Milan. — *20 février 1911.*
Di Tullio (B.), professeur à l'Université de Rome. — *24 novembre 1952.*
Fiamberti (Adamo-Mario), professeur agrégé, directeur de l'Hôpital psychiatrique de Varese. — *28 avril 1952.*
Levi-Bianchini (Marco), directeur de l'asile d'aliénés de Miano (Naples). — *27 mars 1916.*
Medea (Eugénio), chargé de cours à l'Université de Milan. — *28 juillet 1902.*
Padovani (Emilio), directeur honoraire de l'asile d'aliénés de Rovigo. — *20 février 1914.*
Padovani (G.), professeur agrégé, directeur de l'Hôpital psychiatrique de Pesaro. — *24 novembre 1952.*
Reale (Guido), professeur à la Faculté de médecine de Sienne. — *25 octobre 1954.*
Sanguineti (L.-R.), expert psychiatre près la Cour d'appel de Gênes, 2, via Serbelloni, Milan. — *28 mai 1934.*

LIBAN

M. Litvak (A.), 58, rue Richer, Paris (IX^{e}).

GRAND-DUCHE DE LUXEMBOURG

MM. Hansen (A.), ex-médecin-directeur de la maison de santé d'Ettelbrück, 7, rue J.-Bertelo, à Luxembourg. — *28 novembre 1938.*
MM. Stumper (Ernest), médecin-directeur de la maison de santé d'Ettelbrück. — *26 juillet 1937.*
Welter (E.), directeur de l'Institut Heliar, 28, avenue Gaston-Diderich, Bel-Air, à Luxembourg. — *24 novembre 1952.*

MEXIQUE

MM. Fuentes (Mario), secrétaire de la Société de neurologie et de psychiatrie de Mexico, professeur à la Faculté de médecine de Mexico. — *17 décembre 1945.*

MM. Millan (Alfonso), professeur de médecine sociale à la Faculté de médecine de Mexico, membre de l'Académie de médecine de Mexico, Réforma 9 à Mexico. — *26 juillet 1937.*

Oropesa (Manuel-Guevara), professeur à la Faculté de médecine de Mexico. — *17 décembre 1945.*

Pineda ( ), professeur de la Faculté de médecine de Mexico. — *17 décembre 1945.*

Ramirez-Moreno (Samuel), professeur à l'Université, 39, Calle de Genova, Mexico. — *26 juillet 1937.*

NORVEGE

MM. Langfeldt (Gabriel), professeur à l'Université d'Oslo, médecin-chef de la clinique de l'Université. — *23 juin 1952.*

Lohne-Knudsen (Christoffer), chef du département psychiatrique au ministère des affaires sociales. — *23 juin 1952.*

Odegard (Ornulf), médecin-chef de l'Hôpital mental de Gaustad, Vinderen. — *28 avril 1952.*

Rud (Finn), professeur à l'Université de Bergen. — *23 juin 1952.*

Tidemand-Johanessen, Oslo. — *25 avril 1921.*

PEROU

M. Trelles (Jules-Oscar), professeur agrégé à la Faculté de médecine, Apartado 2184, Lima. — *25 mars 1935.*

POLOGNE

MM. Baley (Stepan), professeur à l'Université, Nowyzjasd 5, Varsovie. — *26 juillet 1937.*

Bornstajn, professeur à la Faculté de médecine de Lodz. — *23 juin 1947.*

Dretler (Juljan), Pansk-Zadlad, Cracovie. — *28 février 1938.*

Handelsman ( ), médecin-chef de l'Hôpital psychiatrique de Varsovie. — *24 avril 1939.*

Orzechowski (Casimir), professeur à l'Université, 6, place Napoléon, Varsovie. — *22 juin 1931.*

Schmiergeld ( ), 27, rue Srodmiejska, Lodz. — *29 juin 1908.*

PORTUGAL

MM. Bahia Junior, Hospital do Conde de Ferreira, Porto. — *30 mars 1931.*

Barahona-Fernandes (de), professeur de psychiatrie à la Faculté de médecine de Lisbonne, directeur de la clinique psychiatrique. — *22 décembre 1947.*

Carvalho (Ribeiro), service de neurologie des hôpitaux de Lisbonne. — *22 novembre 1948.*

Da Silva Alves Furtado (Diogo-Guilherme), professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux de Lisbonne, médecin-chef du service de psychiatrie de l'Armée, Avenida de Libertade, 85, Lisbonne. — *26 juillet 1937.*

MM. Dos Santos (João-Augusto), neuro-psychiatre de l'Hôpital Julio de Matos, rue Maria, 4, 2°, D°, Lisbonne. — *23 juin 1952.*

Martins (Lopès), professeur à l'Université, Porto. — *29 juillet 1908.*

Miranda (Henrique de), 44, rue du Général-Galliéni, Viroflay (Seine-et-Oise). — *26 juillet 1937.*

Moura (Elysio de), professeur de neurologie et de psychiatrie à l'Université de Coïmbra. — *26 novembre 1934.*

Pires-de Lima (Augusto), médecin-psychiatre, Porto. — *23 novembre 1936.*

Seabra-Dinis (Joaquim), médecin-psychiatre à l'Hôpital Julio de Matos, Avenida do Brasil, 53-A, r/c., Lisbonne. — *28 avril 1952.*

ROUMANIE

MM. Cahane-Mares, médecin-chef de l'Hôpital des maladies mentales et nerveuses, Diciosanmartin (Transylvanie). — *22 octobre 1934.*

Cantacuzène (Jean), 12, rue Vasile-Parvan, Bucarest. — *26 octobre 1936.*

Dimolescu (Alfred), médecin de l'Hôpital central des maladies mentales et nerveuses, Bucarest, 28, rue Gogu, Cantacuzino. — *23 mai 1932.*

Marinesco (G.), professeur de neurologie à l'Université, 29, Salculor, Bucarest. — *26 juillet 1937.*

Padeano, assistant à la clinique psychiatrique de Bucarest, 22 Str. Washington. — *23 mai 1932.*

Parhon (C.-I.), professeur à la Faculté de médecine, 3, rue Lutérane, Bucarest. — *26 janvier 1931.*

Paulian (Démètre-Em.), médecin-chef à l'Hôpital central des maladies mentales et nerveuses, conférencier à la Faculté de médecine, 31, Str. Armeneasca, Bucarest. — *26 janvier 1931.*

Stanesco (Jean), médecin de l'Hôpital pour maladies mentales et nerveuses de Sibiu, 39, Str. Braduliu, Bucarest. — *24 octobre 1932.*

Urechia (C.-I.), professeur à l'Université, 1, rue Pasteur, Cluj. — *30 mars 1931.*

SUEDE

M. Jakobowski ( ), professeur de clinique psychiatrique à l'Université d'Upsal. — *28 juin 1948.*

MM. Kinberg (Olof), professeur à l'Université de Stockholm. — *28 mai 1931.*

Wigert (Victor), professeur de psychiatrie à l'Université de Stockholm. — *26 juillet 1937.*

SUISSE

MM. Binswanger (L.), Kreuzlingen. — *23 juin 1952.*

Bleuler (Manfred), professeur de psychiatrie à l'Université de Zürich. — *17 décembre 1945.*

Boven (William), professeur de psychiatrie et de caractérologie à l'Université, 2, avenue de la Gare, Lausanne. — *31 octobre 1927.*

Forel (O.-L.), privat-docent à l'Université de Genève, à Saint-Prex (Vaud). — *23 novembre 1930.*

MM. Minkowski (M.), professeur de neurologie à l'Université, Freiestrasse 55, Zürich. — *28 janvier 1935.*

Morel (Ferdinand), professeur de psychiatrie à l'Université de Genève, directeur de la Clinique psychiatrique de Bel-Air. — *18 décembre 1934.*

Morsier (G. de), professeur de neurologie à l'Université, 2, rue de l'Hôtel-de-Ville, Genève. — *22 novembre 1937.*

Muller (Max), directeur de l'établissement psychiatrique, professeur à l'Université de Berne, Müsingen. — *23 juin 1952.*

Naville (F.), professeur de médecine légale à l'Université, 8, rue Saint-Léger, Genève. — *30 juin 1930.*

Repond (André), directeur de la maison de santé de Malévoz, Monthey, Valais. — *28 novembre 1927.*

Saussure (Raymond de), actuellement aux Etats-Unis d'Amérique.

Schneider (Pierre), médecin-chef de la Clinique universitaire de Lausanne. — *24 octobre 1955.*

Staehelin (John Eugen), professeur à l'Université, directeur de la Clinique psychiatrique « Friedmatt », Mittlerestrasse, 300, Bâle. — *22 juin 1952.*

Steck (Hans Théodor), professeur de Clinique psychiatrique à l'Université, directeur de l'asile de Céry-sur-Lausanne. — *25 février 1931.*

Wyrsch (J.), professeur à l'Université, « Waldau », Berne. — *22 juin 1952.*

TCHECOSLOVAQUIE

MM. Haskovec (Ladislas), professeur à l'Université tchécoslovaque, 3, Mezibranska, Prague. — *27 mars 1905.*

Janota (Otakar), professeur de psychiatrie et neuro-pathologie à l'Université de Prague. — *22 décembre 1947.*

Sebek (Jean), professeur agrégé de neuro-pathologie à l'Université tchécoslovaque, 1, U. Karlova, Prague, 11. — *23 décembre 1932.*

Stucklin (Jaroslav), médecin-directeur de l'asile d'Etat d'aliénés de Kosice. — *31 octobre 1921.*

TURQUIE

MM. Conos (B.), médecin-chef du service des maladies nerveuses et mentales aux Hôpitaux grecs de Balouki, place du Tunnel, Pera. — *26 janvier 1931.*

Dagyolu (Kazim), professeur agrégé à la Faculté de médecine d'Istanbul. — *22 juin 1952.*

Fahreddin Kerim Gökay, professeur à l'Université d'Istanbul, Ankara, Caddesi, 15. — *22 décembre 1938.*

Sukru-Aksel, professeur de Clinique psychiatrique, directeur de la Clinique psychiatrique de l'Université d'Istanbul, Beyoglu, Tunel meydani, Istanbul. — *22 juin 1952.*

Zimalakis, aliéniste des Hôpitaux « Balikli », Boyoglu Sofyali Sokagi, n° 46, Istanbul. — *28 avril 1913.*

U.R.S.S.

MM. Choroschko, professeur à la clinique neurologique de Moscou. — *30 mai 1927.*

Jouchtchenko (A.-J.), professeur à l'Université de Kharkow. — *28 juillet 1913.*

Puusepp (Louis), professeur à l'Université Karlova, à Tartu (Esthonie). — *30 mai 1927.*

URUGUAY

MM. Etchepare (Bernardo), ancien professeur de clinique des maladies mentales à l'Université de Montevideo. — *24 mai 1909.*

Sicco (Antonio), Hospital Vilardebo, Montevideo. — *30 mars 1931.*

Séance du mardi 20 décembre 1955

Présidence : M. Paul ABÉLY, président

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Rapport du secrétaire général

M. Xavier Abély. — Les statuts font un devoir au secrétaire général de présenter, à la fin de chaque année, le rapport moral concernant la Société. Par ailleurs, l'usage s'est établi que le président sortant apporte de judicieuses réflexions sur l'activité scientifique de la même Société. Il y aurait là une sorte de double emploi si les rôles respectifs n'avaient été assez bien fixés par la coutume. Tandis que le président s'élève à la hauteur des considérations générales et dégage la leçon des événements scientifiques, le secrétaire donne un bilan plus concret, et plus terre-à-terre, de l'histoire annuelle de la Société. Cette discrimination était cette année d'autant plus nécessaire que, pour la première fois dans les annales de notre Association, siégeaient côte-à-côte, à la présidence et au secrétariat, deux frères qui ont toujours quelque tendance à se ressembler. Ils ont, il est vrai, un égal attachement, qui a des racines familiales, à notre véritable Société et un égal respect de ses traditions légitimes qui garantissent le maintien de son prestige en France et à l'étranger.

Mes considérations simplement techniques n'aboutissent pas moins à des conclusions très encourageantes.

La Société a vu s'accroître constamment le nombre de ses membres, qui réalise un chiffre jamais atteint jusqu'ici. En 1955 vous avez élu trois membres associés étrangers, douze membres titulaires, quinze membres correspondants nationaux. Parmi ces derniers, nous avons le plaisir de constater une majorité de jeunes, que la Société est particulièrement heureuse d'accueillir pour le renouveau qu'elle lui apporte. Nous avons eu, par contre, le chagrin de perdre quatre collègues, qui eurent une brillante personnalité. Je les cite dans l'ordre de leur disparition : le Dr Brousseau, le professeur Henri Roger, le Dr Bersot, et enfin notre doyen, le Dr Pactet, dont nous venons d'apprendre le décès.

L'activité scientifique de la Société a été très féconde et démontre bien sa vitalité. Les communications furent si abondantes que le secrétaire général eut trop souvent l'ingrate obligation de reporter à une réunion ultérieure des inscriptions trop tardives, ce qui n'empêcha pas les séances de se prolonger parfois jusqu'à une heure avancée. Les communications se sont recommandées par leur qualité, leur intérêt, et leur variété. La seule énumération des divers champs explorés est éloquente : psychiatrie pathogénique, clinique, infantile, traitements aussi bien organiques et chirurgicaux que psychiques, anatomopathologie, psychiatrie hospitalière et sociale. Toutefois, la thérapeutique y a occupé une place de choix avec un engouement spécial pour la chlorpromazine.

L'étendue de ce domaine et sa diversité, cette attitude de large compréhension répondent à la mission que s'était donnée la Société. L'article premier du statut déclare en effet « qu'elle a pour but l'étude et le perfectionnement de la pathologie mentale, et qu'elle comprend dans ses travaux toutes les sciences auxiliaires qui peuvent en favoriser le progrès ». Dans sa sphère, rien n'est étranger à notre Société. Elle sait s'adapter aux données les plus récentes, suivre la marche de ce progrès recherché, et parfois meme en prendre la tête. On ne saurait lui attribuer l'esprit académique et traditionaliste, dans le sens péjoratif qui s'attache souvent à ces qualificatifs. Elle n'en garde du moins que les bons côtés : la bienséance, le goût de la forme, le respect des opinions de chacun, la répulsion de toutes les outrances. Je n'en veux pour preuve que les discussions animées, ardentes parfois, qui ont donné une allure si vivante à certaines séances sans atteindre jamais le ton de la passion partisane ou discourtoise.

Si nos réunions de la rue de Seine sont très actives, les réunions cliniques du deuxième lundi étaient souvent quelque peu léthargiques. Nous avons essayé, mon frère et moi, de leur redonner l'intérêt qu'elles présentaient autrefois. Dans ce but, nous avons pris l'initiative de les décentraliser, c'est-à-dire de les tenir dans des centres divers, conformément d'ailleurs à un vœu qui avait été émis en 1930. Cette année, deux séances de ce genre ont eu lieu, l'une à la Salpêtrière, l'autre à Ville-Evrard. Le succès paraît avoir couronné cet effort. Je crois que cette formule est à retenir et à développer.

Je dois maintenant vous adresser mes remerciements pour la confiance et la bienveillance que vous m'avez témoignées au cours de ces deux dernières années, malgré des défaillances dont je ne suis que trop conscient. Je dois exprimer aussi ma profonde reconnaissance à M. René Charpentier, dont les précieux conseils ont fourni un secours indispensable à mon défaut d'expérience. Je renouvelle mes remerciements à MM. Bergeron et Sivadon, secrétaires des séances, pour leur précieuse collaboration. Je suis arrivé en effet au terme que je m'étais fixé pour la durée de mon secrétariat provisoire. A mon âge, au milieu d'autres obligations, cette charge est un peu trop lourde et demande une activité plus dynamique. S'il m'est permis de formuler un vœu, je souhaiterais que votre choix permît d'assurer sans heurts la continuité administrative de la Société, en faveur de laquelle j'avais accepté d'apporter ma contribution toute intérimaire.

Adoption du rapport

Le rapport du secrétaire général est adopté sans débat.

Rapport de la Commission des finances

présenté par M. L. Marchand, *membre de la commission*

Exercice 1955

Avoir de la Société au 15-12-1954	682.278
Recettes de l'année 1955	1.691.428
Total	2.373.706
Dépenses de l'année 1955	1.197.903
Il reste au 12 décembre 1955	1.175.803

L'avoir de la Société se décompose ainsi :

Fonds libres de la Société		1.044.374
Fonds au titre des prix :		
Prix Aubanel	16.292	
Prix Belhomme	4.130	
Prix Moreau, de Tours	680	
Prix Christian	3.547	
Prix Ritti	55.030	
Prix Evensen	51.750	131.429
Total comme ci-dessus		1.175.803

Détail des comptes de l'exercice 1955

Recettes ou crédit			*Dépenses ou débit*	
Cotisations recouvrées		1.606.800	Abonnement *Annales* 1955	1.081.800
Annales (1 numéro)		500	Imprimerie Rosay et fournitures bureau	42.670
Subventions		20.000	Gratification appariteur (rue de Seine)	5.000
Revenu legs Evensen		51.750	Impôt locatif	530
Revenu legs Ritti		6.568	Assurances	2.625
Revenu autres prix		1.500	Achat couronne (Dr Brousseau)	5.000
Revenu du portefeuille :			Frais secrétariat	50.525
Société médico-psychologique :			Frais divers (agios, droits de garde, timbres...)	9.753
3 % perpét.	560			
5 % 1949	3.750	4.310		
		1.691.428		1.197.903
Solde du 15-12-54.		682.278	Solde au 12-12-55.	1.175.803
		2.373.706		2.373.706

Budget 1956

Cotisations :		Librairie Masson	1.100.000
320 à 5.000	1.600.000	Subvention *Annales*	
Subvention	10.000	1955-1956	40.000
		Imprimerie	45.000
		Gratification	5.000
		Loyer et chauffage	
		1955 et 1956	44.000
		Impôt	600
		Frais secrétariat	60.000
		Divers (timbres, agios).	15.000
	1.610.000		1.309.600

Adoption du rapport

Le rapport de la commission des finances est adopté sans débat.
Le président adresse ses félicitations au Dr O. Garand, *trésorier-archiviste.*

Élection du Bureau pour 1956

M. J. Bonhomme, *vice-président,* devenant de droit *président,* conformément aux statuts, il doit être procédé à l'élection d'un nouveau vice-président. Les autres membres du bureau, élus pour un an, doivent être également désignés.

Les élections au scrutin secret donnent les résultats suivants :

Nombre de votants 16
Majorité absolue 9

Election du vice-président

M. Adrien Borel ..... 14 voix, élu.
Bulletins blancs 2

Election du secrétaire général

M. Paul Abély ..... 15 voix, élu.
Bulletin blanc 1

Election du trésorier-archiviste

M. Olivier Garand ..... 14 voix, élu.
Bulletins blancs 2

Election des secrétaires des séances

MM. Marcel Bergeron ..... 14 voix, élu.
Paul Sivadon ..... 14 — élu.
Bulletins blancs 2

Bureau de la Société médico-psychologique pour 1956

Le bureau de la Société est ainsi composé pour 1956 :

Président : M. J. Bonhomme.
Vice-président : M. Adrien Borel.
Secrétaire général : M. Paul Abély.
Trésorier-archiviste : M. O. Garand.
Secrétaires des séances : MM. M. Bergeron et P. Sivadon.

M. Adrien Borel, vice-président pour 1956, sera de droit président en 1957.

Conseil d'Administration

Conformément aux statuts, le Conseil d'administration qui doit comprendre, outre le bureau, les présidents des deux années précédentes, est donc composé pour 1956 de MM. Bonhomme, président, Paul Abély, M. Bergeron, Adrien Borel, O. Garand, B. Logre et P. Sivadon.

Commission des finances

La *commission des finances* est composée de MM. les Drs René Bessière et Léon Marchand.

Élection d'un membre associé étranger

Après lecture du rapport de M. M. Montassut, au nom d'une commission composée de MM. P. Combemale, P. Nayrac et M. Montassut, rapporteur, Mme Duret-Cosyns (de Bruxelles), est élue *membre associé étranger*, par 15 voix sur 15 votants.

Élections de membres correspondants nationaux

Après lecture du rapport de M. Paul Abély, au nom d'une commission composée de MM. P. Beaussart, Y. Porc'her et Paul Abély, rapporteur, Mlle Buisson (de Vauclaire), est élue *membre correspondant national*, par 15 voix sur 15 votants.

Après lecture du rapport de M. M. Bergeron, au nom d'une commission composée de MM. G. Daumézon, G. Deshaies et M. Bergeron, rapporteur, M. Jean Lafon (de Villejuif), est élu *membre correspondant national*, par 14 voix sur 15 votants.

SEANCE ORDINAIRE

Décès de M. le Dr Florentin PACTET (1863-1955)

M. Paul Abély, *président*. — Les durs caprices du destin ont voulu que mon premier et mon dernier acte de président annuel fût consacré à la mémoire d'un de nos disparus.

En prenant possession de ce fauteuil en janvier dernier, la disparition brutale de mon vieil ami Albert Brousseau m'a contraint à prononcer son éloge funèbre. Aujourd'hui, à l'heure de quitter ce même fauteuil, dans cette dernière séance de décembre, c'est la mort de notre vénéré doyen, le Dr Fl. Pactet, qui m'oblige à renouveler cette triste mission.

Florentin Pactet était né à Mont-sous-Vaudray, dans le Jura, en octobre 1863.

Encore plein de vigueur physique et intellectuelle à 92 ans, il a fallu qu'une fracture du col du fémur l'emportât à notre déférente affection le 12 décembre dernier. Il s'est éteint dans une clinique médicale à Dôle, dans son Jura natal, où il avait exercé pendant de nombreuses années les fonctions de conseiller général.

Il était notre doyen, non seulement par l'âge, mais aussi par son ancienneté dans notre Société, où il avait été élu en février 1892, il y a 63 ans.

Interne des hôpitaux psychiatriques de la Seine au concours de 1887, il fut en 1891 nommé chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de Paris. Après un assez bref séjour comme médecin de l'hôpital psychiatrique de Sotteville-lès-Rouen, il venait comme médecin dans la Seine à l'hôpital psychiatrique de Villejuif. C'est là qu'il accomplit toute sa carrière pendant plus de 35 ans, jusqu'à sa retraite en 1927.

Son activité professionnelle avait été grande. Il assura pendant douze ans les délicates fonctions de trésorier de la Société médico-psychologique. En 1921, il en fut élu président.

Mais, même après sa retraite, cette activité demeurait permanente. En 1931, à Bordeaux, il présida le congrès des médecins aliénistes et neurologistes de langue française. Plus récemment au congrès de Clermont-Ferrand, en 1949, à 86 ans, il prononça une allocution dont la finesse intellectuelle enthousiasma tous les assistants.

Les travaux scientifiques de Fl. Pactet furent nombreux. Précurseur en matière de prophylaxie et de sécurité, il insista sur l'examen mental des employés de chemin de fer, des automobilistes, de certains groupes armés.

Il rédigea un rapport d'un grand intérêt à propos de « son voyage au Portugal ». Il collabora avec MM. Marchand, Guiraud, Courbon et Bonhomme à de nombreuses publications. Ses travaux s'intéressaient aux syndromes psychiatriques les plus divers, mais se centraient surtout sur la paralysie générale. Pendant longtemps il défendit l'existence autonome d'une paralysie générale alcoolique. Dans son important article paru dans le volume de psychiatrie de la collection Sergent, en 1921, écrit en collaboration avec

Bonhomme, il apparaît comme plus prudent dans ses affirmations, mais il pense cependant que, si la syphilis est habituellement présente dans l'étiologie de cette méningo-encéphalite, elle n'est pas à elle seule la responsable de la maladie.

Jusqu'à ces toutes dernières années, M. Pactet faisait souvent une apparition dans les réunions médicales. Nous conserverons le souvenir de son verbe élégant, de son regard teinté d'une douce ironie, de ses gestes d'une délicate civilité, et de tout ce que lui doit la psychiatrie.

Selon l'usage réservé aux anciens présidents de notre Société, je vous demande de suspendre la séance au cours d'une minute de recueillement.

M. le Dr Fl. Pactet ayant été président de la Société, la séance est levée en signe de deuil.

COMMUNICATIONS

Sanctions et thérapeutique psychiatrique, par M. V. Bertrand (de Lannemezan).

Une curieuse controverse au sujet de la légitimité des sanctions en psychiatrie hospitalière se poursuit depuis de nombreux mois, tant à notre Société que dans l'*Information psychiatrique*, organe du Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques.

Le problème a été soulevé sans ambiguïté par notre collègue de Lannemezan, le Dr Ueberschlag, qui considère la sanction comme un élément positif de la resocialisation des malades, et l'applique d'une façon concrète dans son service. Simultanément, on en trouve un autre écho dans le 3e rapport du Comité d'experts de la santé mentale, dans cette phrase étonnante : « Il est essentiel d'encourager la bonne conduite et de punir le comportement antisocial. »

Je ne suis absolument pas d'accord sur la légitimité des méthodes punitives en psychiatrie, qui vont tout à fait à l'encontre de l'idée que je me fais sur les rapports du médecin au malade. Bien placé à Lannemezan pour prendre parti dans ce débat, je voudrais le faire aussi courtoisement que fermement.

Quels sont donc les fondements de la théorie proposée ? Tout d'abord, la constatation assez pessimiste de très nombreuses conduites sanctionnistes dans la collectivité de l'hôpital psychiatrique. Les unes non dissimulées : isolement « vigoureux », maintien plus ou moins prolongé du malade perturbateur, avec commentaires à l'appui par le personnel infirmier ; du côté du médecin, privations d'avantages précédemment accordés : cinéma, permissions ; du côté des malades, règlements de comptes tacitement tolérés par tous. Il existerait d'autres façons de le faire, encore plus hypocrites, qui seraient l'application de « traitements » pénibles ou douloureux, sous couvert

de thérapeutique, alors qu'on sait pertinemment qu'ils sont considérés comme une punition par le malade.

Telle est, nous dit-on, la situation de fait dont il faut prendre conscience, et que le médecin a par trop tendance à scotomiser sous le masque d'un paternalisme bienveillant. Elle correspond à un besoin obscur d'ordre, qui s'affirme d'une manière brutale et inhumaine, comme dans toute société primitive.

Mais peut-on concevoir une société sans une discipline imposée ou consentie, et, dans ce cas, pourquoi le médecin fuirait-il ses responsabilités en restant dans sa tour d'ivoire, au lieu de prendre en mains la discipline de son service, sur laquelle il veillera avec justice et fermeté ? Il le doit aux malades, qu'il faut protéger contre le pouvoir abusif du personnel, il le doit aussi à ce dernier, auquel on ne saurait demander d'encaisser passivement à longueur de journée insultes et coups.

Et l'on arrive au centre du problème, qui est la notion d'une part de responsabilité chez tout malade mental, et aussi le fait que la thérapeutique psychiatrique, pour les neuf dixièmes au moins des malades traités dans nos services, ne serait pas autre chose que la rééducation sociale. C'est, nous dit-on, un très mauvais service à leur rendre que les considérer comme des automates irresponsables dès qu'ils ont franchi la porte de l'hôpital psychiatrique. En dépit du désordre de leurs facultés, beaucoup de leurs conduites demeurent intentionnelles et préméditées, ce qui n'a rien à voir avec leur maladie. Comme partout, il y a des bons et des méchants. Toute société se doit de punir les méchants, c'est un problème d'ordre, c'est aussi une affaire de morale.

La définition de la maladie mentale n'est-elle pas au fond une régression du comportement social, qui se rapproche de celui de l'enfant ? A part quelques exceptions, les maladies mentales n'ont aucun point commun avec les affections médicales courantes ; lorsqu'elles ont cette caractéristique, la place du malade serait plutôt à l'hôpital général qu'à l'hôpital psychiatrique. A des degrés divers, la majorité des malades qui nous sont confiés sont, soit des infirmes, soit des antisociaux. Les subtilités contemplatives de la nosographie ne sont plus de mise à notre époque. Le seul but de l'hôpital psychiatrique est de resocialiser des êtres handicapés devant l'existence.

Or, comment pourrait-on donner une bonne éducation à des enfants sans les punir, lorsqu'ils agissent mal ? Avec nos infirmes, il n'est même pas question de s'élever jusqu'à des considérations morales ; nous n'avons d'ailleurs pas le droit de porter des jugements de cette sorte, l'essentiel est de leur faire sentir que tout acte nocif est entaché d'une conséquence désagréable, torpillage, par exemple. Quant aux pervers antisociaux, nos réactions à leur égard doivent se rapprocher de celles de toute société cohérente, qui a ses juges, ses gendarmes et ses prisons, d'où l'institution d'une salle de police à l'hôpital psy-

chiatrique, et le souhait de créer un tribunal, présidé par le chef de l'établissement, responsable d'après les textes de sa police, où l'accusation et la défense seraient équitablement partagées.

Tel est l'ensemble d'une théorie que nous ne pensons pas avoir par trop déformée. Constatation de l'anarchie et d'un besoin obscur de justice chez le personnel et les malades, qui se manifeste spontanément, d'une façon primitive et inhumaine. Hypocrisie de ceux qui ne veulent pas convenir que l'attitude sanctionniste est beaucoup plus répandue qu'ils ne le disent. Conception du malade et de la maladie sous un angle presque exclusivement social, qui entraîne pour le médecin le devoir impérieux d'appliquer une justice équitable dans la collectivité dont il a la charge.

Reprenons donc successivement ces divers arguments.

Tout d'abord, le tableau de la jungle psychiatrique, avec son climat permanent de menaces et de règlements de comptes me paraît singulièrement poussé au noir.

Nous avons fait indéniablement des progrès, ceci grâce à l'application de méthodes simples et indiscutées : ségrégation des malades par petits groupes, amélioration de leurs conditions matérielles, habillement, ustensiles personnels, création de multiples centres d'intérêt : travail, distractions, journaux. En somme, un ensemble de mesures, visant à lutter contre la désadaptation, autrefois précipitée par le milieu dégradant jusque-là imposé à ces malheureux.

La néo-société ainsi créée est pourtant encore bien loin d'atteindre la perfection, mais plutôt que de vouloir l'améliorer par le système négatif des sanctions, je crois qu'il y a beaucoup mieux à faire en améliorant, en même temps que les conditions matérielles de vie des malades, les conditions psychologiques de leur environnement. C'est sur la formation du personnel dans le sens d'une meilleure attitude psychiatrique qu'il faut se pencher sans jamais se lasser.

Prêcher continuellement la tolérance, la patience, en donner lui-même l'exemple, répéter que la plupart des incidents peuvent être stoppés à leur début, si on ne les envenime pas maladroitement, donner le sentiment qu'il fait confiance à tous ces collaborateurs, qu'il comprend leur difficile métier et ne les accablera pas en fonction de la gravité d'un accident s'il n'y a pas faute caractérisée de leur part, doit être une des préoccupations majeures de tout médecin. Elle me paraît incompatible avec la doctrine de la légitimité des sanctions aux malades, dont le personnel a déjà par trop tendance à user. Si celui-ci ne les prend pas lui-même, il les en menacera à tout propos et ne fera aucun effort de compréhension à leur égard. On aboutira fatalement à un climat de méfiance réciproque, où la rédaction du rapport deviendra l'activité essentielle de l'infirmier.

L'objection que nous, médecins, appliquons ou laissons appliquer constamment des sanctions sans avoir le courage de le reconnaître me paraît également bien mal fondée.

Il y aurait mauvaise foi à ne pas admettre qu'il ne nous est jamais arrivé de nous départir de notre sang-froid. Par ailleurs, user de l'intimidation en face de certains comportements pervers, n'est pas toujours absolument illicite. Mais il ne faut pas jouer sur les mots et prétendre donner à toute décision le sens de sanction. Dans la perspective qui nous est proposée, sanction ne saurait signifier autre chose que punition infligée en fonction d'une faute et en vue d'un amendement. Isoler un malade perturbateur est une mesure qui ne deviendra une sanction que si on la lui présente comme telle.

S'il est par trop vrai que beaucoup de mesures thérapeutiques ou autres sont ressenties par le malade comme de véritables sanctions, cela doit seulement nous inciter à nous montrer encore plus vigilants à l'éviter et n'implique nullement une complicité tacite de notre part. Tout médecin digne de ce nom doit éviter, autant qu'il le peut, de faire souffrir physiquement ou moralement. En appliquant, par exemple, des thérapeutiques aussi impressionnantes que l'électrochoc ou l'insuline, il s'efforcera au minimum de rassurer le malade. Il serait évidemment inconcevable de menacer un malade d'électrochocs.

J'estime qu'il ne doit persister aucune équivoque, sanction signifie punition et non mesure, une mesure ne devient une sanction que si on lui donne ouvertement ce sens. Le danger principal de la création d'un climat sanctionniste est que toute mesure de thérapeutique élémentaire ou de bon ordre va être vécue par le malade comme une punition.

J'en arrive à la critique de tout un système, dont j'aurais tendance à croire que les arguments jusqu'ici invoqués en sa faveur en sont moins le fondement que la justification *à postériori*. Il s'agit, d'une part, d'une conception trop exclusivement sociale de la maladie mentale, d'autre part, d'une interprétation que je crois abusive de la notion de responsabilité chez les malades mentaux.

On a eu certes raison d'insister beaucoup sur l'étiologie sociale des maladies mentales, et son corollaire, les thérapeutiques de réadaptation. Je crains que cette réaction salutaire dépasse parfois son but.

Tant dans son étiologie que dans son traitement, la maladie mentale doit être appréhendée sous de multiples incidences : biologique, psychologique, sociologique. Il serait simpliste, en partant de ces prémisses exactes que tout désordre mental se manifeste sous la forme d'un comportement antisocial, d'en déduire par là-même que toute thérapeutique psychiatrique se limite à rétablir l'ordre perturbé, par le moyen de la discipline. Chaque médecin peut être plus ou moins doué ou attiré pour aborder le malade sous l'un des trois angles précités ; mais l'organisation d'une collectivité ne saurait être le but de la médecine psychiatrique, car elle ne tardera pas à devenir une fin en soi.

Il ne peut y avoir de vraie médecine que par le contact singulier avec le malade, ceci dans la totalité de sa personnalité, qu'il est impossible de scinder artificiellement. Ce contact, basé sur la

confiance, ne pourra être trouvé, si le médecin donne l'impression qu'il s'arroge d'un pouvoir disciplinaire, qui sera toujours considéré comme une menace. La sociothérapie, serait-elle un peu trop exclusive, doit pouvoir se passer de ce ressort.

Nous en arrivons au problème brûlant de la responsabilité chez les malades mentaux, qui est le centre même du débat.

Si l'on se place au point de vue métaphysique ou moral, on peut dire qu'il est à peu près insoluble. C'est donc sous l'angle pragmatique qu'il a été situé. Nous deviendrions des magistrats, chargés d'établir des culpabilités et des responsabilités totales ou partielles, en vue d'une défense de l'ordre social ; défense extérieure lorsqu'il s'agit de l'internement, défense intérieure lorsqu'il s'agit du comportement de nos malades internés, ceux-ci étant classés sous la rubrique générale d'antisociaux. Notre éducation médicale ne nous a guère préparé à une pareille fonction policière. Pourtant, il faut dire que nous fréquentons les tribunaux et que nous connaissons bien ces antisociaux pervers, qui nous embarrassent parfois dans nos conclusions d'expertises ; ils encombrent malheureusement nos services d'hommes, et il existe parmi eux des cas limites, au sujet desquels une psychiatrie de défense sociale, avec des méthodes correctives, pourrait se discuter.

Je crains que cette minorité agissante ne déteigne sur le reste de la collectivité psychiatrique, ceci d'autant plus que se base sur elle le côté spectaculaire de nos réalisations sociothérapiques. Au grand maximum, l'antisocial pervers ne représente que 20 % de la population d'un service d'hommes, 5 % de celle d'un service de femmes. Il ne doit donc pas nous obnubiler au point de voir tous les autres malades sous le même angle.

Doit-on juger comme responsable le dément précoce qui casse un carreau au cours d'une impulsion, le maniaque qui vous injurie caustiquement, la grande hallucinée chronique, qui pousse des cris, le paranoïaque qui distille sa malignité dans ses lettres au procureur. Un acte intentionnel chez un psychopathe n'en reste pas moins pathologique dans la majorité des cas, de même que le comportement hystérique n'est pas l'équivalent d'une simulation volontaire.

La motivation de la punition chez de tels malades, qui constituent les trois quarts du lot de nos « chroniques », ne pourra être basée que sur la matérialité de leurs actes ; cela devient alors du dressage pur et simple, voudrait-on le camoufler sous l'euphémisme de conditionnement. Même si elles devaient réussir partiellement, de telles méthodes seraient inhumaines et immorales. Elles ne peuvent aider à la réhabilitation du malade et favorisent entre autre chose des comportements sado-masochistes. Le chien ne vient-il pas lécher la main de son maître qui l'a frappé. Je crains pourtant qu'elles soient contenues dans la théorie qui considère le malade comme un infirme assimilable à l'enfant qui n'a pas tout son discernement, et auquel on doit faire sentir qu'un acte nocif entraîne pour lui une conséquence péni-

ble ; vue singulièrement limitée sur l'éducation, au sujet de laquelle je juge inutile de m'étendre.

Il ne faut donc pas aboutir à la généralisation du pervers antisocial. La majeure partie de nos malades sont véritablement « irresponsables » au sens commun du terme. Vouloir rechercher chez eux des intentions ne résout pas le problème. Si l'on se plaçait d'ailleurs sur le plan d'une justice absolue, on pourrait démontrer que beaucoup de leurs actes prétendument antisociaux sont le fruit d'existences artificielles auxquels on les contraint en les plaçant en hôpital psychiatrique ; exiger d'eux qu'ils s'y adaptent ne saurait être notre but. Dans une prochaine publication, je me propose d'analyser les fondements de la création d'une ambiance psychothérapique à l'hôpital psychiatrique, apportant des éléments constructifs, après cette critique qu'on pourrait me reprocher d'être surtout négative.

En conclusion, j'estime qu'une position sanctionniste est indéfendable en psychiatrie, c'est le type même du faux problème, qui ne mériterait même pas d'être posé, et j'avoue mon étonnement qu'une Commission de la société médico-psychologique ait été créée pour en discuter.

Discussion

M. L. Marchand. — Je n'aime pas beaucoup le terme « sanction » et encore moins celui de « punition » quand on parle du traitement des sujets hospitaliers dans des services de psychiatrie. Je préférerais que l'on parle davantage des récompenses puisqu'il s'agit de resocialiser les malades. J'en ai fait l'expérience quand j'étais médecin de la maison nationale de Charenton. On y avait institué divers degrés de récompenses. Il y avait tous les soirs ce que l'on appelait la « table d'administration », où le service était soigné et des mets choisis étaient servis dans une salle luxueuse. « Dames et messieurs » y assistaient ensemble et, après le dîner, il y avait bal. Pour assister à cette réjouissance, il fallait la mériter. Il y avait aussi chaque semaine d'autres récompenses : le cinéma, les représentations théâtrales, les concerts, les promenades en ville, les sorties au marché de Charenton. En été, une voiture emmenait un certain nombre de malades à la campagne, où avait lieu un déjeuner sur l'herbe. Je ne vous cite que les récompenses qui sortaient de l'ordinaire, car il y avait des bibliothèques, des salons de lecture, un tennis, des jeux de boules, de quilles, très fréquentés par les malades. Pour bénéficier de ces distractions, il fallait que les malades les méritent. Je vous assure que le personnel infirmier avec le mot « récompense » pouvait modifier souvent le comportement des malades dans une bonne direction ; bien des crises d'agitation, des actes agressifs ont pu être ainsi évités sans parler de l'amélioration obtenue de l'état mental.

M. M. Bergeron. — Je ne voudrais pas ranimer ni surtout passionner davantage le débat qui suivit la communication de M. Ueberschlag (Le problème de la sanction en psychiatrie hospitalière, séance du 24 janvier 1955) et qui eut pour terme la désignation d'une commission, dont les entretiens seront prochainement publiés.

Si je crois devoir intervenir une nouvelle fois, c'est que les sanctions à l'hôpital psychiatrique remettent en question des points de vue jusque-là bien établis. Avec des psychiatres d'orientations assez différentes (MM. H. Baruk, G. Daumézon, etc...), je persiste à dire que le médecin ne saurait

punir et que l'argumentation opposée me paraît spécieuse. Je vais même jusqu'à penser avec M. Bertrand — toutes réserves étant faites d'ailleurs sur certaines de ses références doctrinales — que la question ainsi posée est un faux problème.

Ma prise de position initiale a été suscitée surtout par la confusion fâcheuse qu'a paru faire M. Ueberschlag entre l'enfant et le malade mental, entre la rééducation et la réadaptation, problèmes essentiellement différents et en pleine évolution. Le dressage laisse peu à peu la place à la psycho-pédagogie chez l'enfant jeune comme chez l'arriéré, dont les manifestations affectives, aussi rudimentaires soient-elles dans certains cas, n'en sont pas moins réelles. Avec les malades mentaux, la question est tout autre. Il convient d'attendre sur ce point les conclusions qui vont se dégager des travaux de la commission désignée.

Typologie de l'ulcéreux gastro-duodénal dans un service de buveurs internés, par MM. J. Dublineau, Corre et B. Honoré.

Dans une note antérieure, l'un de nous, avec Angelergues, a rapporté les résultats d'une série de 33 cas d'ulcères gastro-duodénaux au point de vue typologique, et montré l'importance des facteurs de rétraction (1).

Une étude plus complète, portant sur un total de 141 cas entrés au service des buveurs internés du département de la Seine, de 1940 à 1954, anciennement opérés pour ulcus, et déterminés biométriquement, nous a conduit à nuancer ces conclusions. Pour une appréciation valable des faits, il faut tenir compte en effet : 1° de l'évolution des moyennes typologiques dans le service, évolution paraissant liée en partie aux circonstances, en partie aussi aux fluctuations de l'échantillonnage elles-mêmes, sous l'influence des variations du recrutement après-guerre ; 2° de l'intervention du facteur « âge » dans la formule typologique.

L'âge moyen de nos ulcéreux était de 45 ans 4 mois. Les déterminations biométriques, effectuées sur un total de 277 sujets du service, se situant entre 45 et 49 ans, ont donné les valeurs suivantes, dans notre technique habituelle :

facteur A (athlétoïde)	11,19
facteur α (asthénoïde)	5,60
facteur P (pycnoïde)	16,65
facteur π (de rétraction)	10,45

Pour nos 141 cas d'ictères (dont 19 se retrouvent dans la moyenne générale ci-dessus), les moyennes biométriques sont les suivantes :

facteur A (athlétoïde)	$11,89 \pm .30$
facteur α (asthénoïde)	$4,73 \pm .20$

(1) *Annales médico-psychologiques*, 1950, T. I, p. 615.

facteur P (pycnoïde) ..... 14,59 ±.42
facteur π (de rétraction) ..... 10,92 ±.38

Les différences en pourcentages sont les suivantes entre les deux échantillonnages.

1° *Différences en moins* des ulcéreux par rapport à l'échantillonnage général :

facteur α (asthénoïde) ..... 15,5 % en moins
facteur P (pycnoïde) ..... 12,3 % en moins

2° *Différences en plus :*

facteur A (athlétoïde) ..... 5,8 % en plus
facteur π (de rétraction) ..... 4,3 % en plus

Ce qui frappe, c'est surtout le croisement des carences et des excès : la carence en facteurs hyporésistantiels coïncide avec un excès relatif de facteurs hypoadaptatifs. La carence en facteurs d'adaptation coïncide avec un excès relatif de facteurs résistantiels. L'ulcéreux est un rétracté faible, manquant, si l'on peut dire, de facteurs d'hyporésistance, c'est-à-dire, en fait, des facteurs énergétiques impliqués dans le facteur asthénoïde. C'est en même temps un athlétoïde faible, mais manquant des facteurs sensoriels d'adaptation.

Au total, l'ulcéreux paraît intéressant, plus par ses carences, telles qu'elles sont mises en évidence par les données biométriques, que par les excès épisodiques de facteurs par rapport à la moyenne. *Le processus serait donc mû par ces carences somatiques, lesquelles impliquent sans doute des libérations psychiques (ou, en termes plus généraux, énergétiques) corrélatives.* Ce facteur énergétique de la carence doit être retenu pour sa valeur doctrinale, qui rappelle ce que l'on sait de la valeur énergétique, depuis les travaux de Pavlov, du concept négatif d'inhibition.

Étude typologique des variations de certains élements électro-encéphalographiques en fonction de la latéralisation, par M. J. Dublineau. Mmes Soboul et Kœchlin.

Dans une note antérieure, l'un de nous (1) a étudié certains problèmes de latéralisation en rapport avec la typologie. Nous avions montré à l'époque qu'il y avait une liaison entre la gaucheté (anatomique ou fonctionnelle) et la rétraction.

A l'occasion de recherches sur l'électroencéphalogramme en rapport avec la typologie, nous avons été amenés à reprendre la précédente étude et à la compléter par des investigations d'ordre électroencé-

(1) J. Dublineau, R. Roellens et A. Corré : Facteurs typologiques chez les gauchers dans un Service Psychiatrique. *Annales médico-psychologiques*, 1952, I, 425.

phalographique. Ces recherches ont pu être menées grâce à l'obligeant dévouement de M. le Dr Verdeaux, à qui nous devons l'analyse de tous les protocoles qui ont servi de base au présent travail (1).

A cet effet, sur un groupe total de 251 malades (dont 171 étaient internés au service spécial des alcooliques de la Seine, et 80 en provenance du centre d'observation spécialisé pénitentiaire de Château-Thierry), nous avons retenu 92 sujets, qui, se considérant comme droitiers fonctionnels, présentent, à la mesure des mains et des pieds, soit une gaucherie anatomique, soit une dextrie homolatérale. Dans le chiffre total des 251 sujets, qui contient par ailleurs les 92 sujets mal latéralisés, doivent être distingués deux groupes, ne se recoupant que partiellement : l'un de 234, chez lesquels on a étudié le rythme de base, et l'autre de 217, chez lesquels on a étudié la réaction d'arrêt.

Nous avons étudié chez ces sujets le rythme de base, la réaction d'arrêt, comparant les résultats typologiques obtenus aux moyennes générales de l'échantillonnage, pour chacun des critères considérés.

I. TYPOLOGIE ET LATERALISATION

Suivant la technique habituelle, nous élaborons la formule typologique en tenant compte de la proportion typologique des facteurs d'affirmation (A-α athlétoïde et asthénoïde) et d'adaptation (P-π pycnoïde et plattoïde, ou rétracté).

a) Sous-groupe des sujets chez lesquels a été étudié le rythme de base. — Dans ce sous-groupe, qui comprend 234 sujets, les moyennes se répartissent ainsi :

Moyennes générales. — N = 1,26 $\pm$ 0,05 ; A = 13,34 $\pm$ 0,25 ; α = 4,14 $\pm$ 0,16 ; P = 15,71 $\pm$ 0,35 ; π = 9,71 $\pm$ 0,22, pour la totalité des 234 sujets.

Moyennes des 92 sujets isolés dans ce total. — N = 1,16 $\pm$ 0,08 ; A = 14,16 $\pm$ 0,44 ; α = 3,71 $\pm$ 0,22 ; P = 15,43 $\pm$ 0,54 ; π = 10,38 $\pm$ 0,38.

Comme on le voit, un certain nombre de variations s'observent pour les facteurs A et P, légère diminution de l'asthénoïdie, mais on note surtout une augmentation importante du facteur de rétraction.

b) Sous-groupe des sujets chez lesquels a été étudiée la réaction d'arrêt. — Dans ce sous-groupe, qui comprend 217 individus, les moyennes se répartissent ainsi :

Moyennes générales. — N = 1,16 $\pm$ 0,05 ; A = 13,55 $\pm$ 0,27 ; α = 4,19 $\pm$ 0,01 ; P = 15,93 $\pm$ 0,37 ; π = 9,61 $\pm$ 0,10.

(1) Les enregistrements ont été faits, pour les malades de Ville-Evrard, au Laboratoire d'électro-encéphalographie de la Clinique des Maladies Mentales et de l'encéphale, Centre psychiatrique Sainte-Anne, et, pour les autres, au Centre National d'Orientation de Fresnes.

Moyennes des 89 sujets isolés dans ce total. — N = 1,16 ± 0,08 ; A = 13,82 ± 0,45 ; α = 3,85 ± 0,26 ; P = 15,01 ± 0,52 ; π = 10,47 ± 0,40.

Comme on le voit, il y a diminution des valeurs pycniques et asthéniques, mais surtout augmentation des valeurs de rétraction dans le groupe des sujets à latéralisation défectueuse.

On peut objecter aux résultats précédents la faiblesse de l'écart statistique en fonction de l'erreur probable. En réalité, comme pour toute recherche d'ordre typologique, l'orientation, quand elle se répète dans le même sens pour deux échantillons successifs, prend une signification du fait de cette similitude d'orientation. C'est pourquoi nous croyons devoir la retenir ici.

II. MODALITES ELECTRIQUES EN FONCTION DE LA LATERALISATION

L'étude successive du rythme de base et de la réaction d'arrêt dans l'échantillonnage ci-dessus a montré ce qui suit :

a) *Rythme de base.*

a) *rythme de base :* Tableau I moyennes des 234 sujets :

	ABSENCE N = 27	< 8 N = 19	8 à 10 N = 124	10 à 12 N = 64	MOYENNE Gale N = 234
N.....	1,40 ± 0,15	1,52 ± 0,15	1,26 ± 0,07	1,10 ± 0,08	1,26 ± 0,05
A.....	14,29 ± 0,73	12,52 ± 0,78	13,37 ± 0,37	13,18 ± 0,45	13,34 ± 0,25
α.....	3,81 ± 0,42	2,98 ± 0,50	4,52 ± 0,22	3,90 ± 0,30	4,14 ± 0,16
P.....	14,33 ± 0,90	17,52 ± 1,19	15,94 ± 0,48	15,32 ± 0,70	15,71 ± 0,35
π.....	9,88 ± 0,69	8,68 ± 0,61	9,60 ± 0,33	10,15 ± 0,40	9,71 ± 0,22

Tableau II moyennes des 92 sujets mal latéralisés, individualisés dans le sous-groupe précédent

	N = 15	N = 1	N = 39	N = 37	N = 92
N.....	1,20 ± 0,15	2	1,10 ± 0,12	1,21 ± 0,15	1,16 ± 0,08
A.....	15,73 ± 0,96	17	14,76 ± 0,63	12,89 ± 0,75	14,16 ± 0,44
α.....	4,53 ± 0,67	0	3,46 ± 0,19	3,64 ± 0,37	3,71 ± 0,22
P.....	13,86 ± 1,12	8	15,74 ± 0,77	15,75 ± 0,94	15,43 ± 0,54
π.....	10,60 ± 0,88	13	10,58 ± 0,60	10,08 ± 0,58	10,38 ± 0,38

Comme on le remarquera, la comparaison des deux tableaux précédents met en évidence un premier fait, à savoir que sur les 92 sujets mal latéralisés un seul avait un rythme de base inférieur à 8 c./sec.,

ce qui doit normalement conduire à attribuer à la rétraction une tendance à l'accélération du rythme de base. En second lieu, on constate que dans le groupe des sujets mal latéralisés ceux chez lesquels est notée l'absence du rythme de base sont ceux chez lesquels prédominent les valeurs de rétraction. Ces dernières passent en effet de 9,71 ± 0,22, comme valeur moyenne de rétraction pour l'ensemble de l'échantillonnage, à 10,60 ± 0,88, pour les individus mal latéralisés. Ce chiffre prend surtout sa valeur par référence au facteur pycnoïde corrélatif, plus faible ici (13,86) que dans les autres secteurs. Il semble donc, sans que cette implication soit absolue, que l'existence d'un rythme de base aille de pair avec une bonne latéralisation, c'est-à-dire dextrie fonctionnelle avec dextrie anatomique croisée.

b) *Réaction d'arrêt.* — Si l'on classe les cas par type de réaction d'arrêt, on observe pour l'ensemble de l'échantillonnage le tableau suivant :

TABLEAU 1. — *Moyennes des 217 sujets*

	ABSENCE N = 35	MÉDIOCRE N = 28	ASSEZ BONNE N = 21	BONNE N = 116	TRÈS BONNE N = 17	MOYENNE Gnle N = 217
N.....	1,31 ± 0.11	0,79 ± 0,13	0,95 ± 0,18	1,21 ± 0,06	1,42 ± 0,23	1,16 ± 0,05
A.....	14,94 ± 0,64	15,32 ± 0,87	11,47 ± 1,01	12,83 ± 0,34	15,23 ± 0,98	13,55 ± 0,27
α.....	3,91 ± 0,41	3,25 ± 0,39	4,61 ± 0,46	4,59 ± 0,24	3,11 ± 0,69	4,19 ± 0,01
P.....	15,02 ± 0,84	15,96 ± 0,88	17 ± 1,30	15,68 ± 0,51	18,11 ± 1,36	15,93 ± 0,37
π.....	9,82 ± 0,58	9,28 ± 0,61	10,57 ± 0,73	9,41 ± 0,33	9,88 ± 0,77	9,61 ± 0,10

TABLEAU 2. — *Moyennes des 89 sujets mal latéralisés*

	N = 18	N = 15	N = 9	N = 42	N = 5	N = 89
N.....	1,33 ± 0,14	0,66 ± 0,18	1,33 ± 0.29	1,21 ± 0,11	1,40 ± 0,30	1,16 ± 0,08
A.....	15,77 ± 0,95	15 73 ± 1,15	11,44 ± 1,64	12,57 ± 0,57	15,80 ± 2,16	13,82 ± 0,45
α.....	4,05 ± 0,55	3,20 ± 0,51	4,22 ± 0,70	4,11 ± 0,34	2,20 ± 0,90	3,85 ± 0,26
P.....	13,50 ± 1,02	15,80 ± 0,98	14,22 ± 0,73	15,38 ± 0,78	16,40 ± 1,96	15,01 ± 0,52
π.....	10,11 ± 0,83	10,80 ± 1,02	10,66 ± 1,25	10,54 ± 0,63	9,80 ± 0,79	10,47 ± 0,40

Comme on le voit, se dégage du second tableau une diminution très nette des valeurs de rétraction, à mesure que la rétraction d'arrêt s'améliore. Les chiffres sont au contraire irréguliers dans l'échantillonnage général. Il est surtout à retenir que lorsque la réaction d'arrêt est médiocre, la saturation en facteur de rétraction est forte chez les sujets mal latéralisés, et faible pour l'ensemble de l'échantillonnage. Il semblerait (sans que là encore l'implication soit abso-

lue), qu'une bonne latéralisation implique, outre l'existence d'un rythme de base, une réaction d'arrêt satisfaisante.

Il faut ajouter que l'absence de réaction d'arrêt est plus fréquente chez les sujets mal latéralisés (20 %) que dans l'échantillonnage général (16 %).

III. CONCLUSIONS

Il existe une liaison typologique entre la latéralisation défectueuse et certains caractères du tracé électroencéphalographique : absence de rythme de base, et réaction d'arrêt absente ou médiocre. Ces éléments vont de pair avec une importance relativement plus grande du facteur typologique de rétraction.

Ces résultats n'ont, bien entendu, qu'une valeur statistique générale, et non pas individuelle.

Vitaminothérapie B 12 cérébrale intensive par voie intra-carotidienne interne des états « dits » d'anémie cérébrale, par M. P. Menger.

On a parfois désigné, et le profane continue à désigner, sous la dénomination d'anémie cérébrale des états psychiques d'origines très diverses, et caractérisés essentiellement et psychologiquement par : 1° de la fatigabilité intellectuelle, avec troubles mnésiques de fixation, asthénie et aboulie ; 2° des négligences et quelques désordres du comportement, en rapport avec l'inconséquence, l'irréflexion, des défauts de jugement et de « bon sens » ; 3° des épisodes de confusion et d'hébétude.

Toutes perturbations s'accompagnant habituellement d'une atteinte de l'état général, sans localisation physiologique précise.

Ce sont surtout, à notre avis : 1° des états dépressifs acquis ou constitutionnels, où l'élément anémie générale est loin d'intervenir fatalement, des états d'épuisement éventuellement symptomatiques de psycho-anémies, avec anxiété prédominante ; 2° des états schizoïdes ou schizophréniques frustes ; 3° des psychoses spécifiques débutantes ou à forme atténuée ou vaccinale ; 4° des manifestations, d'artériosclérose cérébrale, d'un certain degré d'athérome ou de ramollissement, de spasmes vasculaires ; des états psychopathiques prodromiques de ramolissement cérébral ; 5° peut-être aussi des symptômes fugaces et légers d'épilepsie larvée.

On englobait ainsi des désordres, où la nutrition cérébrale générale paraissait affectée et insuffisante, expliquant anatomiquement de façon simpliste cette déficience par un manque d'apport du liquide nourricier.

La prétendue entité nosographique « anémie cérébrale » se résout en réalité en tronçons multiples, avec pseudo-syndrome d'anémie cérébrale, syndrome, qui, croyait-on, correspondait au tableau clinique du « cerveau exsangue ». Or, des troubles aussi variés que ceux que nous venons d'indiquer n'ont pas spécialement pour substratum anatomique, soit des zones d'ischémie, soit une privation généralisée de sang dans les centres encéphaliques, puisque aussi bien sont-ils parfois subordonnés à des états congestifs, l'anémie cérébrale vraie s'exprimant essentiellement par les signes cliniques de la syncope.

Un fait apparaît, qui maintient un semblant de valeur à cette conception un peu fantaisiste de l'anémie cérébrale, c'est que ces états dits d'anémie cérébrale se sont montrés dans l'ensemble éminemment vulnérables à la vitaminothérapie B 12 — traitement anticarentiel spécifique des états d'anémie en général —, telle que nous l'avons maintes fois pratiquée, soit par les méthodes classiques des doses progressives intramusculaires ou intraveineuses, soit par notre procédé de vitaminothérapie B 12 intensive, par injections dans la carotide interne.

Ces états ne sont pas seuls, en thérapeutique psychiatrique, à être favorablement influencés par la vitamine B 12. Nous avons indiqué récemment, dans un mémoire à l' « Ouest-médical », mémoire qui paraîtra prochainement, les heureux résultats obtenus par l'utilisation de la vitamine B 12 dans la manie et les psychoses désagrégatives.

Notre technique des injections intracarotidiennes — mode de véritable imprégnation profonde et généralisée de la substance cérébrale par la vitamine B 12 associée à l'extrait de foie — a été exposée dans ce mémoire.

Par ce même procédé, nous avons donc traité 40 cas de début relativement récent, dits d'anémie cérébrale, parmi les affections ci-dessus : 20 états dépressifs (dont 10 avec phénomènes d'ordre psychonévrotique), 10 états schizoïdes, 1 psychose avec antécédents spécifiques et réactions sérologiques positives, 1 épilepsie à manifestations mineures exclusives, 8 cas en rapport avec des troubles artériels cérébraux. Nous n'avons évidemment pas pratiqué d'examens sanguins, aucune raison clinique n'existe de suspecter une anémie générale réelle dans ces différents cas, qui n'ont, à priori, d'anémique que le nom.

Rappelons qu'au moment de l'injection, qui est unique, non réitérée, mais bilatérale, se produit un léger choc, spécial à la vitamine B 12 (choc cyanacobalamique), caractérisé par quatre ordres de faits, dont l'obnubilation transitoire de la lucidité, sans aucun incident au cours de 120 injections pratiquées ; une seule fois se sont produits des vomissements, quelques minutes après les deux injections.

Résultats extrêmement intéressants, surtout dans les psychopathies avec névrites ou phénomènes sensitivo-moteurs névrotiques. Nette réduction des temps d'amélioration et de guérison ; succès obtenus exclusivement à l'emploi de toute autre thérapeutique.

Traitant spécialement des désordres peu accentués, relevant de lésions artérielles cérébrales, nous avons en général fait précéder de quelques jours l'injection de vitamine B 12 plus extrait de foie, d'une injection intracarotidienne bilatérale de 10 cc. de diodone à 20 %. Injection toujours très bien tolérée, ne représentant d'ailleurs qu'un mode mineur du procédé employé pour l'artériographie cérébrale, où les taux de 35 à 50 % de diodone sont couramment atteints. Nous pensons qu'il est préférable de ne pas dépasser la dose de 10 cc. bilatérale et le taux de 20 %. Chez une épileptique, pour qui nous pratiquions une artériographie cérébrale avec une solution à 50 %, s'est produit, sous l'effet des deux injections, de 10 cc. chacune, et sur la table même de radio, une crise d'épilepsie. Une malade artériopathique, à qui nous avions injecté 10 cc. à 35 % des deux côtés, a présenté, immédiatement après chaque injection, une crise épileptiforme dans les membres du côté opposé, avec contractions homolatérales dans la face ; un coma s'est ensuite installé, avec crises épileptiques largement espacées, qui a duré quarante-huit heures, et a guéri par le somnifène et le soludagénan, associés à la pénicilline.

L'injection de diodone intracarotidienne nous a paru améliorer sensiblement la perméabilité vasculaire ; nous avons vu en effet souvent, après cette simple intervention, des ébauches d'amélioration se produire, plus ou moins fugaces, plus ou moins persistantes. Nous estimons qu'elle réalise une action eutrophique, propre à l'iode, sur les parois des vaisseaux et capillaires, favorisant ensuite l'imprégnation par la vitamine B 12 des zones irriguées.

Ont été ainsi traités des états organiques divers, avec signes de localisation, symptomatiques de sclérose, d'athérome ou de ramollissement, affaiblissements psychiques, avec mouvements choréiques, avec jargonaphasie ou dysarthrie, avec parésie, avec épilepsie larvée de la post-cinquantaine.

Il nous a fallu admettre que, dans les cas particulièrement considérés dans ce travail, comme en bien d'autres domaines — protection sanguine, rhumatologie, arthroses, ostéoporose, pédiatrie et gériatrie, retards scolaires et sénescence, hépatologie, dermatologie, anaphylaxie, chirurgie, réparation et prolifération des tissus normaux —, l'action de la vitamine B 12 s'est révélée d'une remarquable efficacité, avec notre technique originale : 50 % de guérisons avec sortie rapide, un quart d'améliorations avec reprise de contact très appréciable, un quart d'améliorations sensibles ou peu sensibles.

Faut-il rapporter cette efficacité, comme on l'a déjà fait pour la poliomyélite et les diverses et nombreuses affections neurologiques où cette vitamine a été employée avec succès, à la récupération fonctionnelle des neurones, en rapport avec la régénérescence des cylindraxes, la remyélinisation et l'action trophique et cytophylactique. Cette question mérite qu'on s'y attarde, et la parole est aux anatomopathologistes.

Mais on peut dès à présent reconnaître que la cyanacobalamine, curative de l'anémie pernicieuse de Biermer, comme des anémies essentielles en général et des anémies secondaires, a aussi une action importante, soit par les modes d'applications classiques, soit, mieux, par notre procédé de vitaminothérapie B 12 intensive par voie carotidienne interne, sur l'ensemble des états qualifiés abusivement et communément d'anémie cérébrale, nous voulons dire les états dépressifs et les psychonévroses, les états confusionnels et d'obnubilation psychique, les états schizoïdes et les états artériopathiques cérébraux légers.

BIBLIOGRAPHIE. — 1. A. Cain et A. Ceillier : Contribution à l'étude des psycho-anémies. *Annales médico-psychologiques,* 1936, 1, p. 582. — 2. G. de Morsier : Les syndromes psycho-anémiques. *Annales médico-psychologiques,* 1937, 1, p. 177. — 3. J. Carrère : Maladie de Parkinson et Vitamine B 12. *Annales médico-psychologiques,* 1951, 11, p. 228. — 4. D. Férey : A propos de l'angiographie cérébrale en neuro-chirurgie. *Ouest-Médical,* 10 décembre 1954. — 5. J. Leyritz et M. Wicker : Sur un cas de psycho-anémie. *Annales médico-psychologiques,* 1955, 1, p. 284. — 6. D. Leroy et J. Robin, de Rennes : Emploi de la Vitamine B 12 dans le traitement de la poliomyélite. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques,* juillet 1955. — 7. P. Vivien : La Vitamine B 12 en neurologie et en rhumatologie. *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques,* août 1955. — 8. M. Lanier : Vitamine B 12 et facteur intrinsèque. *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques,* novembre 1955.

La cure de largactil, ses doses, sa durée,
par MM. J. Borel, R. Camar et R. Bailly

Les communications présentées à la Société médico-psychologique depuis 1952, date à laquelle J. Delay, Deniker et ses collaborateurs, apportaient leurs premiers résultats, si encourageants. témoignent de la timidité avec laquelle la plupart des auteurs utilisent le largactil. L'insuffisance des doses et la brièveté du traitement expliquent pour une grande part l'incertitude des résultats ; d'où les opinions contradictoires et certaines assertions surprenantes, comme celle qui accorde au médicament une valeur curative pour les psychoses de la femme et la refuse aux mêmes psychoses chez l'homme.

Les discussions du récent *congrès international,* qui s'est tenu à la clinique de Sainte-Anne, ont confirmé cette attitude générale et fait ressortir la réserve des médecins français à l'égard de cette médication née en France, alors qu'elle est à l'étranger beaucoup plus connue, largement employée et systématiquement étudiée.

Le largactil a été considéré tout d'abord comme un simple sédatif nerveux, à joindre à la liste des autres. Il est certainement tout autre chose, jamais le gardénal, le bromure, etc., n'ont guéri un schizophrène. Mais il les surclasse dans cette action calmante, qu'il s'agisse de petits états anxieux, de simples nervosités, ou d'agitation et de turbulence démentielle. En ces cas, bien entendu, il ne s'agit pas d'une cure proprement dite, et le médicament est actif à petites doses, de l'ordre de 50 à 100 mgr.

On l'a présenté comme un ganglioplégique, ce que les physiologistes n'ont pas tardé à montrer inexact. On a dit aussi que c'était un « potentialisateur », et l'idée a eu une certaine fortune, mais il faut avouer que ce mot très évocateur ne signifie sans doute pas grand-chose. On connaît depuis longtemps les associations thérapeutiques, on n'a jamais avancé que leur efficacité était due à l'action renforçante d'un produit sur l'autre. Est-ce que la caféine potentialise l'aspirine ? Le largactil, employé seul, révèle une action curative à laquelle aucune substance chimique ne peut actuellement prétendre, et qui tient à l'évidence à ses propriétés originales.

Utilisé tout d'abord dans la combinaison pharmaceutique de la cure de sommeil, la vogue de celle-ci, entretenue surtout par des vues théoriques, a fait croire d'abord que le traitement au largactil n'était qu'une forme atténuée de cure de sommeil. Cette notion qui persiste encore plus ou moins vaguement, est entièrement erronée. Il est vrai qu'au début les malades dorment ; un peu plus tard, ils somnolent plus ou moins, mais superficiellement. Cet effet de sommeil n'est ni constant ni durable, certains malades ne dorment pas du tout durant leur traitement. Au bout de peu de temps, la plupart demandent à se lever et à s'occuper. Avec 300, 450 mgr. de largactil, ils se promènent, jouent au ping-pong, vont même travailler au jardin. L'étude pharmacodynamique n'a pas reconnu de propriété hypnotique au produit, c'est-à-dire une action spécifique sur les centres de la fonction hypnique. C'est accessoirement et indirectement qu'ils sont intéressés. L'insomnie est même fréquente au cours de la cure.

Expérimentalement, le largactil s'est révélé sympathicolytique et adrénolytique, cette action étant à la fois périphérique et centrale. Il freine l'activité de l'antéhypophyse. Il semble bien qu'il agit électivement sur la grande formation réticulée du mésocéphale, où Maruzzi et Magoun ont individualisé le « système activateur ascendant du tronc cérébral ». Il diminue son excitabilité physiologique, en élevant le seuil d'excitabilité électrique, atténue ses réponses à toutes les incitations.

C'est en ce sens qu'il est un neuroleptique, selon l'expression de Delay et Deniker, ces auteurs voulant indiquer seulement par ce terme l'effet général de sédation, « la chute de la tension nerveuse et psychique » qu'on obtient de façon rapide chez tous les malades. Cette action remarquable est la première à se manifester. Elle a transformé l'atmosphère des quartiers de l'hôpital psychiatrique et fait disparaître les moyens de contrainte.

Mais la neurolepsie n'explique pas la disparition des délires, des processus hallucinatoires, etc., qui évoluent chez des malades calmes. Moins encore peut-elle expliquer la disparition du désintérêt, de l'inertie, de l'indifférence apparente de schizophrènes trop calmes. Le médicament agit-il en corrigeant l'activité physiopathologique de certains systèmes neuroniques, ou possède-t-il une action eutrophique,

moléculaire, sur les éléments nerveux ? On peut d'autant moins répondre à la question que nous ignorons tout des mécanismes intimes de ces psychoses.

L'emploi du largactil ne peut donc être déterminé que sur des données empiriques, conditions assez ordinaire en thérapeutique, et l'expérience est encore trop récente pour qu'il soit codifié d'une façon définitive. Les premiers essais ont été effectués à la dose moyenne de 150 mgr., la prudence imposait ces limites. Mais cette dose a fait autorité, et la plupart des auteurs s'en sont tenus là. Il est vrai qu'elle suffit pour guérir une subdépression, une légère bouffée délirante, une anxiété modérée, un accès d'exaltation chez un arriéré. Elle peut même guérir des états plus caractérisés, des excitations chroniques paranoïdes ou hypomaniaques ; mais c'est déjà exceptionnel. Sur une centaine de sujets de tout ordre, nous ne l'avons observé que trois ou quatre fois. Il ne faut donc pas y compter.

La véritable cure de largactil exige des doses plus élevées. Il faut aussi les donner longtemps. Il n'y a à cela aucun inconvénient, le produit étant dépourvu de toxicité. Baruk, qui l'a étudié expérimentalement, n'a vu succomber aucun animal, « malgré des doses colossales ». Non seulement les malades le supportent fort bien, mais on est frappé de l'excellence de leur état physique, qui se reflète dans leur bonne humeur. Seuls quelques rares sujets, internés depuis longtemps et d'état somatique médiocre, traités debout, deviennent fatigués, inertes. Il suffit de les aliter, et la cure se poursuit favorablement.

Les incidents, sur lesquels on a déjà, comme de juste, beaucoup insisté, n'ont pas de gravité. L'arythmie, qui nous a parfois inquiétés au début, cède toujours à quelques gouttes de digitaline. Les syndromes pseudo-parkinsoniens, assez fréquents, s'effacent vite. Les poussées rhumatismales des sujets âgés se calment avec quelques comprimés de cortancyl. Contrairement à l'opinion courante, nous avons vu survenir ces diverses complications aux doses modérées de 200 à 300 mgr.

Il résulte déjà de ce qui précède que tous les malades ne réagissent pas de la même façon aux mêmes doses de largactil. Le contraire serait surprenant. Il faut donc établir une posologie individuelle. Celle-ci s'inscrit bien entendu dans le cadre des grandes règles thérapeutiques, déterminées par l'âge, le sexe, l'état somatique. Les doses sont bien moindres pour l'enfant, pour le vieillard, pour les sujets affaiblis, à organisme usé. Les femmes semblent enfin nettement plus sensibles que l'homme. Sous ces réserves, la dose varie d'assez grandes mesures avec l'individu.

Le principe qui doit régler la posologie est celui de la *dose utile*, particulièrement valable pour les médicaments nervins, auxquels la loi du tout ou rien est applicable, si l'on ne la prend pas avec trop de rigueur. Le gardénal en fournit l'exemple le plus évident ; personne ne soutiendrait que la seule dose de 5 cgr. doit être adminis-

trée à tous les épileptiques. Pour les psychoses de l'homme adulte, qui seules nous occupent ici, l'expérience montre que la dose utile de largactil s'établit entre 300 et 600 mgr. ; dans la majorité des cas, elle ne doit pas être inférieure à 450 mgr.

Pour la même raison, le médicament ne doit peut-être pas être donné en doses trop fractionnées. Le meilleur procédé consiste à le faire prendre en trois fois, au repas. Chaque prise est ainsi de 100, 150 ou 200 mgr. Les expérimentateurs n'obtiennent le blocage, au moins partiel, de la réaction hypophyso-surrénale chez le rat blanc qu'avec l'injection de 10 mgr. par kilo. Sans conclure strictement de l'animal à l'homme malade, il semble préférable d'agir comme eux. Maurel, Mlle Wilhelm et Spielmann ont la même opinion avec la réserpine. Sur ce schéma, des variations sont possibles ; on force par exemple la dose du soir chez un sujet insomnique, ou chez un autre qu'on doit laisser levé et qui se montre dans la journée un peu ralenti. La répartition peut se faire alors en 100, 100 et 200, etc.

Mais il faut un critère pour déterminer la dose utile. Les signes physiques, les mesures biologiques, n'en fournissent pas. La tranquillité physique en est un tout d'abord. Mais on l'obtient banalement chez tous les malades, et il ne faut pas s'en tenir à cette apparence. Si l'on s'adresse au malade, on retrouve aussitôt ses préoccupations, plus ou moins vives. Il faut que le calme moral réponde au calme physique, et c'est lui qui nous paraît fournir le meilleur critère : l'hypocondriaque ne se plaint plus, l'hypomaniaque n'est plus impatient, l'anxieux est apaisé, l'halluciné, le délirant, ne réclament plus, le récriminateur ne proteste plus. Les véhémences sont tombées, la tension affective est redevenue normale. On peut considérer alors qu'on est arrivé à la dose vraiment utile.

Ce résultat s'obtient en général entre trois et cinq semaines. On commence à 300 mg. Il est inutile de perdre son temps à ne donner au début que des doses faiblement progressives. Pendant les premiers jours, le malade dort volontiers. Au bout de dix, quinze, vingt jours, s'il somnole plus ou moins après la prise, on n'en retrouve pas moins les préoccupations morbides ; on passe à 450 mgr. Le plus souvent, cette dose amène le calme moral significatif ; on se tient à cette posologie. Les préoccupations reprennent assez souvent le dessus, après un délai très variable individuellement ; l'hypocondriaque retrouve ses malaises, l'hypomaniaque se plaint de l'hostilité du personnel, le délirant réclame sa sortie, etc. Il faut passer à 500, voire 600 mgr. Ces doses s'entendent de la forme orale du produit. Quand on emploie les injections, on peut, comme l'a dit Baruk, les compter pour doubles. Certains médecins étrangers commencent la cure par une dose initiale systématique de 800 mgr. Cette manière de faire ne paraît pas meilleure, il est plus intéressant, croyons-nous, de suivre de plus près l'effet thérapeutique par une posologie ascendante.

Le calme moral n'est évidemment pas la guérison. On ne peut pas

juger l'état mental du malade soumis au largactil par son aspect extérieur. Aux quelques mots qu'on lui dit en passant, il répond toujours qu'il va bien, qu'il est satisfait. Il faut pousser l'examen jusqu'aux convictions délirantes. D'une façon générale, les choses se passent dans l'ordre suivant : le comportement se transforme, la présentation du sujet devient normale, puis les productions délirantes s'effacent, enfin le malade rectifie son erreur et prend pleine conscience du trouble mental qu'il vient d'avoir, c'est toujours le test de la guérison. Cette dernière phase est généralement la plus longue.

Il y a toutefois un certain nombre de malades auxquels le critère n'est pas applicable, ce sont les hébéphréniques, mûrés dans leur indifférence, leur inertie et leur mutisme. Il est évident qu'on ne pourra juger les effets de la médication d'après le calme moral ni physique ; on attend au contraire qu'ils s'extériorisent, parlent, remuent. Ici, l'on ne peut procéder que par analogie, en les soumettant aux doses de 450 à 600 mgr., qui font preuve, chez les autres, de leur efficacité.

Les diverses phases qui marquent le processus de guérison ne se succèdent pas régulièrement dans un temps uniforme, loin de là. Elles se font plus ou moins attendre. Les différences sont importantes d'un sujet à l'autre, même dans les affections du même genre, sans qu'on puisse encore en analyser les raisons. Deux malades, en tous points comparables, peuvent se comporter très différemment. L'ancienneté de l'affection est sans aucun doute, pour les psychoses chroniques, l'élément primordial de ce pronostic. Au-dessous d'un an, la guérison arrive en trois à quatre mois environ ; au-dessous de deux ans, en quatre à cinq mois. Au-delà, il n'y a plus que des cas d'espèce, où l'on rencontre des psychoses de trois ou quatre ans, fort résistantes, et d'autres, vieilles de dix ans, qui se transforment étonnamment en quelques semaines.

Quoi qu'il en soit, la guérison ne doit pas marquer la fin de la cure. C'est là un point qui nous paraît essentiel. Il suffit de penser à la ténacité des processus psychopathiques, prouvée par la récidive habituelle des uns, par la chronicité des autres, pour comprendre l'exigence primordiale de cette indication. On ne peut assurer la guérison qu'en prolongeant le traitement. Cette nouvelle durée est fixée assez arbitrairement, en tenant compte du temps qui fut nécessaire pour obtenir la rémission, et de l'ancienneté de l'affection, ces données n'ayant, nous l'avons vu, qu'une valeur relative.

En moyenne, la cure doit être prolongée de deux à trois mois, parfois davantage. Elle doit aussi se tenir à des doses élevées pendant un temps suffisant, avant d'être diminuées. Il n'est pas possible d'envisager tous les cas. Schématiquement, ce traitement de consolidation doit presque doubler celui de la guérison ; sa première moitié se faisant à peu près aux mêmes doses, la seconde moitié à doses dégressives. Ces doses sont parfaitement supportées. Il va de soi que cette

partie du traitement peut fort bien se poursuivre hors de l'hôpital, si le milieu social le permet, et si l'on peut suivre le malade. C'est ce que nous permet à présent le dispensaire de post-cure.

On le voit, la cure de largactil ne se fait pas toute seule. Elle veut du temps, de la persévérance, une surveillance soutenue. Sa posologie doit être étudiée individuellement, s'adapter à chaque cas et se modifier quand il le faut. Ses effets doivent être suivis de près, il faut de fréquents sondages dans l'état mental pour saisir sa transformation, apprécier la rapidité ou la lenteur des phases successives, la résistance, parfois le retour des convictions morbides. Elle doit être en un mot d'autant plus méthodique qu'elle échappe à une règle uniforme.

L'alitement est nécessaire, au moins au début. Il permet d'atteindre rapidement les hautes doses. Il faut, d'autre part, voir de près, à cette période, les réactions organiques, la température, la tension artérielle, le pouls. C'est en outre la seule façon, dans un service encombré, de réaliser une observation rigoureuse. Enfin les malades, en particulier les entrants, trouvent dans un dortoir d'infirmerie le calme et le repos qui leur sont à ce moment-là salutaires.

Le médicament est donné en trois fois, après le repas, sous forme de gouttes. Les infirmiers ont résolu la difficulté qu'imposait le calcul interminable des gouttes, en utilisant la seringue d'insuline, dont un centicube vaut quarante gouttes. Les injections, qui semblent plus actives, sont réservées au début du traitement, et reprises dans les cas rebelles. Mais elles sont assez caustiques et plus ou moins rapidement mal supportées, même avec hyaluronidase. Nous n'en pratiquons que deux par jour, pour ne traumatiser qu'une seule fesse, la troisième prise est toujours orale. Même avec ces précautions, on ne peut les poursuivre plus de quinze à vingt jours. Avant le repas, le malade est libre de se lever, de circuler ; il fait sa toilette, sa correspondance, etc.

Au bout d'un certain temps, qui varie d'un à trois mois, et ne peut être fixé qu'individuellement, il devient préférable de faire lever le malade, même s'il ne le demande pas. Le comportement est redevenu normal, le lit favorise alors la tendance à l'inertie et à l'autisme. Il est bon que le malade sorte de lui-même, s'occupe et se distraie.

Par ailleurs, on peut mener à bien des cures qui se passent entièrement debout, aux doses moyennes de 300 à 450 mgr., chez des délirants chroniques tranquilles, stables, en bon état physique, pour lesquels une surveillance moins immédiate est suffisante.

Contribution à l'étude de l'indifférenciation frappant les malades mentaux hospitalisés, par M. Ueberslag

Dans une récente séance du Conseil permanent d'hygiène sociale, nous avons été très intéressé par M. Daumézon, qui posait la question suivante :

D'où vient que chaque année le nombre des malades hospitalisés augmente de 5.000 unités ? de quoi est composé ce « culot », puisqu'aussi bien chaque hôpital publie des statistiques où les sorties égalent sensiblement les entrées ? ces chiffres des entrées et sorties, relativement élevés par rapport au nombre des hospitalisés en général, ne concernent-ils pas toujours les mêmes malades (ou encore le même genre de malades), qui vont et viennent en laissant dans l'ombre d'autres malades ou invalides, plus ou moins ignorés par les statistiques et... les médecins ?

En fait, de nombreux collègues ont dû se poser, plus ou moins clairement formulés, les termes du même problème. Pour notre part, depuis 1948, nous faisions figurer dans nos rapports administratifs annuels un excédent résiduel, oscillant, bon an, mal an, entre 21 et 86, pour une population d'environ 1.000 pensionnaires, et qui visait à dénombrer ceux d'entre eux dont l'hospitalisation était — selon les termes consacrés par les certificats de situation — prévue comme devant être de longue durée.

Essayant de serrer de plus près le problème, et donc d'établir pour cet « excédent résiduel annuel » un système de référence général, nous avons en 1954 classé nos hospitalisés dans les catégories suivantes : malades hospitalisés depuis plus de trois ans, plus d'un an, moins d'un an.

Voici nos chiffres (le pourcentage est établi par rapport au nombre total des présents au 31 décembre 1954) :

depuis plus de trois ans	hommes 368	= 69,04 %.
	femmes 348	= 67,05 %.
depuis plus d'un an	hommes 95	= 17,82 %.
	femmes 94	= 18,11 %.
depuis moins d'un an	hommes 70	= 13,13 %.
	femmes 77	= 14,83 %.

Les pourcentages de sorties sont, comme on pouvait s'y attendre, à peu de chose près inversement proportionnels :

sorties après séjour de plus de trois ans	hommes 22	= 16,54 %.
	femmes 16	= 11,76 %.
sorties après séjour de plus d'un an	hommes 32	= 24,06 %.
	femmes 37	= 27,20 %.
sorties après séjour de moins d'un an	hommes 79	= 59,39 %.
	femmes 83	= 61,02 %.

Nous faisons volontiers l'aveu de notre stupeur humiliée à la vue de ces chiffres. Ainsi nous qui, à Lannemezan, rejoignions les statistiques hospitalières les plus en vue, grâce au nombre apparemment consolant et glorieux de nos 269 sorties, soit 78 % des 341 entrées (dont 98 rentrées), nous continuions en réalité à héberger une proportion de 68 % de malades internés depuis plus de trois ans, et 18 %

internés depuis plus d'un an, et promis pour les trois quarts au même destin que les précédents.

Nous estimons donc qu'il est temps d'en finir avec l'indifférenciation, non seulement qualitative, de nos hôpitaux psychiatriques, où sont réunis buveurs, arriérés, pervers, enfants, vieillards, mais aussi avec l'indifférenciation « quantitative », puisqu'on confond dans les renseignements statistiques et les analyses, des hospitalisés de vingt ans et ceux de huit jours, essentiellement différents, prétendons-nous, même si le diagnostic médical les range indiscutablement dans la même catégorie nosographique.

Et si déjà on nous demandait dorénavant de nuancer plus exactement nos statistiques des sorties et de distinguer celles obtenues après quelques semaines de celles — combien plus rares, mais aussi plus difficiles à réaliser — survenues après quelques lustres, ne pourrions-nous admettre qu'il existe encore une différence fondamentale, même sous le couvert illusoire d'une étiquette scientifique identique, entre tel épileptique tranquille aux crises rares, et tel autre épileptique, universellement redouté et constamment isolé, entre tel catatonique attaché à son lit par crainte des réactions impulsives, et tel catatonique dessoudé en essai de traitement, entre tel vieillard qui se promène dans les jardins, et tel dément sénile confiné à la chaise percée, entre tel intoxiqué accessible à la cure et tel buveur invétéré dont chaque congé d'essai finit en catastrophe, etc...

Ne pourrions-nous pas, à la fois dans l'intérêt de la science médicale et psychiatrique, qui se veut exacte, et dans celui de la sociologie psychiatrique, exiger de nous-mêmes des différenciations donnant plus de couleur et de vérité à nos descriptions cliniques ou appréciations thérapeutiques, et ensuite des diverses administrations, qu'elles se renseignent sans cesse auprès des chefs de service et directeurs d'hôpitaux psychiatriques sur le nombre des malades hospitalisés depuis plus d'un an, de trois ans, et même de plus de dix ans, sur le nombre de ceux qui sont alités, attachés, isolés, clastiques, bruyants, gâteux, travailleurs, libres, etc... Nous pensons en effet que ces données seraient aussi utiles à connaître que celles issues d'appréciations nosologiques pures, et davantage, puisqu'elles pourraient engendrer des réflexions et des réformes extrêmement profitables à nos malades hospitalisés.

La séance est levée à 18 heures 45.

Le secrétaire général :

Xavier Abély.

SOCIÉTÉS

Réunion psychiatrique de Strasbourg-Nancy

Séance du 26 novembre 1955

Présidence : M. le Docteur G. DAUMÉZON (de Paris)

L'électro-encéphalogramme dans la manie, par MM. Th. Kammerer, Fr. Rohmer, L. Israël et A. Wackenheim (de Strasbourg).

Poursuivant l'étude systématique de l'électro-encéphalogramme dans les psychoses, les auteurs présentent les résultats de leurs travaux dans la manie. Plus de 30 % des tracés sont fortement perturbés et 30 % le sont légèrement, les anomalies les plus fréquentes étant les rythmes rapides, les ondes lentes sporadiques et surtout les troubles du rythme alpha. Après un exposé méthodologique sur l'électro-encéphalogramme en psychiatrie, les auteurs illustrent ces principes par leur application aux données obtenues dans la manie et montrent l'intérêt pathogénique et nosologique de leur méthode.

Syndrome mélancolique par glioblastome occipital, par MM. L. Israël, A. Wackenheim et R. Ruch (de Strasbourg).

Les observations de tumeur occipitale à manifestations psychiques pures sont exceptionnelles. Il s'agit dans le cas présent d'un glioblastome occipital gauche survenu chez un sujet cyclo-thymique ; la première manifestation de cette tumeur fut un tableau de mélancolie stuporeuse. L'examen neurologique et ophtalmologique étant normaux, on entreprend une cure d'électro-chocs. Au 3e choc apparaissent les signes neurologiques et l'œdème papillaire qui mènent au diagnostic.

Présentation de malade. Troubles atypiques du langage, par MM. L. Israel et Cl. Felsenstein (de Strasbourg).

Il s'agit d'un jeune homme de 17 ans qui, depuis cinq mois, est entré dans un état de démence avec troubles apraxiques et aphasiques rappelant par

certains côtés une schizophasie. Ces troubles sont constitués surtout par de l'itération, de la jargonaphasie, de l'automatisme verbal et des néologismes. Les mêmes troubles se retrouvent dans l'écriture, le dessin, et à un degré moindre dans la lecture.

Durée moyenne d'hospitalisation des mélancoliques traités sans sismothérapie, par électrochoc, par électrochocs combinés à la chlorpromazine, par MM. L. Singer et P. Geissmann (de Strasbourg).

Statistique comparative de trois groupes de dépressions mélancoliques, comprenant chaque fois 50 malades hommes ou femmes, hospitalisés respectivement en 1930-1931 (sans sismothérapie), en 1946-1947 (sismothérapie), et en 1954-1955 (sismothérapie et chlorpromazine). La durée moyenne d'hospitalisation passe en 1954-1955 à cinq semaines, alors qu'elle était en 1946-1947 de sept semaines. Mais les récidives deviennent plus fréquentes. Les auteurs, se basant sur les observations de 1930-1931, constatent que la durée moyenne d'hospitalisation était à l'époque de trois semaines. Ce fait paradoxal doit inciter à une grande prudence et montre qu'une statistique en psychiatrie peut être faussée par des divergences nosologiques et des incidences sociales. Les auteurs sont d'avis que cette étude est à reprendre en reconsidérant en détail chaque cas faisant partie du groupe étudié, en particulier son évolution à la sortie de la clinique.

Suicides et tentatives de suicide d'alcooliques chroniques sevrés, par MM. G. Daumezon et Mlle J. Cor (de Paris).

Le médecin, grâce aux médicaments antialcooliques actuels et grâce à une action persuasive de formes variées obtient, dans un nombre de cas non négligeables et pour un temps souvent fort long, un sevrage efficace de certains malades. Mais ce sevrage, même maintenu depuis longtemps, ne résout pas pour autant les problèmes complexes qui sont à l'origine des excès alcooliques.

Les auteurs apportent trois observations en les analysant : l'une est celle d'un alcoolique qui, après un an de sevrage et sans aucune rechute, se tue un jour en se tirant une balle de revolver forain dans la tête. Les deux autres sont des observations de femmes qui après un sevrage (dans un cas d'un an et l'autre de huit mois), font des tentatives de suicide assez sérieuses, l'une avec de l'antabus et du vin.

Ces observations sont l'occasion de considérations sur la structure agressive fréquente de l'alcoolisme et sur la nécessité d'un maniement psychothérapique sérieux des malades sevrés. L'équipement même des organismes antialcooliques doit être envisagé sous cet angle.

L'électrochoc dans le délirium tremens et le délire éthylique subaigu, par M. Thiébaux, R. Boyer, F. Leborgne et G. Rousseau (de Ravenel).

Les auteurs font état des résultats qu'ils ont obtenus en ajoutant, depuis plusieurs années, l'électrochocthérapie à la thérapeutique classique du delirium tremens (strychnine, vitaminothérapie, extraits hépatiques, alcool glucosé, calmants...). En trois ans ils n'ont eu à enregistrer, sur une cinquantaine de delirium tremens traités, qu'un seul décès, l'état du malade

(collapsus à l'admission) n'ayant pas permis d'appliquer d'électro-choc. Ils n'ont eu à déplorer aucun incident ou accident. La guérison du delirium tremens par électro-choc (une seule séance, plus rarement deux ou trois) est rapide, souvent spectaculaire, et se manifeste sur l'état général et sur l'état mental : normalisation de la température, régularisation du métabolisme hydrique, disparition de la confusion, de l'onirisme et de l'agitation. Pratiqué au stade de délire subaigu, l'électro-choc arrête l'évolution vers le delirium. Dans l'un et l'autre cas, l'électro-choc efface toute séquelle délirante et supprime les risques d'évolution délirante chronique post-onirique.

Brèves considérations sur la thérapeutique en général et le traitement du délirium tremens en particulier, par M. F. Adam (de Rouffach).

Le Dr Adam relate qu'il est revenu récemment d'une séance de la Société médico-psychologique en ayant l'impression que les auteurs ne sont pas d'accord sur le sens à accorder aux termes délire aigu et delirium tremens. La lecture d'un article paru le 2 novembre dernier, dans la *Presse médicale,* ne lui a pas apporté les précisions qu'il espérait. Les communications faites à Paris et l'article en question lui ont révélé une « conviction assurée quant au rôle superflu de la strychnine dans le delirium ». Mais les résultats obtenus par l'électro-choc et l'administration de cocktails divers (le mot cocktail ne figure même plus entre guillemets quand il est imprimé), l'ont déçu. Il dit en obtenir de bien meilleurs, même dans les cas de delirium les plus aigus en donnant des doses de strychnine (d'ailleurs bien inférieures à celles préconisées par Cossa) aussi longtemps qu'il y a confusion, température, sueurs profuses, tremblements... ; en faisant boire le malade, ce à quoi on arrive toujours, notamment en mettant dans le lait du rhum, en administrant au besoin des toni-cardiaques, et surtout en évitant d'attacher le malade. L'auteur a une fois de plus l'impression que, dans nos discussions dans les articles publiés, on ne parle pas toujours le même langage et que l'on manque souvent d'esprit critique dans l'interprétation des résultats thérapeutiques obtenus.

Brèves considérations sur le recrutement et la formation du personnel soignant des hôpitaux psychiatriques, par M. F. Adam (de Rouffach).

Un récent arrêté ministériel, sur l'enseignement à donner au personnel soignant de nos établissements, a suscité quelques critiques. L'auteur regrette plus particulièrement que l'on ne s'attache pas suffisamment à la formation psychologique de ce personnel. S'il est paraît-il souhaitable que nos infirmiers et infirmières puissent énumérer sans hésitation les os du carpe ou du tarse, et fournir des données précises sur l'anatomie et la physiologie des corps caverneux, il semblerait plus intéressant encore qu'ils soient initiés au « maniement moral » des malades qui leur sont confiés : savoir détourner un mélancolique auto-accusateur de ses préoccupations diverses, et diriger l'activité désordonnée d'un maniaque..., etc. Adam voudrait encore que l'on ne se montre pas trop sévère pour quelques fautes d'orthographe commises par des jeunes Alsaciens qui ne sont tout de même pas responsables de ce que, ayant commencé leurs études à l'école française, ils aient dû les achever à l'école allemande !

Les troubles du caractère de l'adolescent pupille de l'État, par M. M. Mathis et Mlle J. Nevers (de Strasbourg).

Le cas de 34 adolescentes pupilles de l'Etat admises au centre d'observation pour difficultés de caractère, a été analysé spécialement. Cette analyse a montré que dans 28 cas les troubles n'ont commencé d'une manière importante que vers 14 ans. Le changement de placement, l'orientation vers un métier, les entraînements propres à l'adolescence sont à la base des difficultés de comportement. Ceux-ci consistent en instabilité de travail, sentiment d'abandon et d'infériorité, agressivité antisociale, retard affectif, suggestibilité. Ces troubles sont en réalité précédés d'une longue évolution infraclinique : l'adolescence est le révélateur. Ils mettent en relief le danger de changements trop fréquents des placements nourriciers et du changement de condition matérielle et morale inhérent à cet âge.

Le devenir des jeunes ayant passé par le Centre d'observation de Neuhof, par M. M. Mathis (de Strasbourg).

L'évolution de 154 filles de 10 à 19 ans a été suivie avec un recul de sept à huit ans. 72 % ont été retrouvées. Sur ces 111 filles, 56 étaient bien adaptées, 29 d'une manière précaire, 46 mal adaptées. L'évolution a été plus mauvaise que prévue pour les pupilles de l'Etat, meilleure que prévue pour délinquantes, à peu près exacte pour les enfants amenées par leurs familles. Les difficultés d'une telle catamnèse montrent l'importance d'un service de suite : des contacts annuels avec chaque fille doivent être suscités, sous un aspect aussi humain que possible, afin de mieux connaître leur évolution et de mieux orienter les propositions du Centre.

Un cas de maladie d'Apert (acro-céphalo-syndactylie-oligophrénie), par MM. P. Schutzenberger, Fr. Lang (de Ravenel).

Les auteurs présentent l'observation, les photographies et les radiographies d'un garçon de 20 ans atteint d'une maladie d'Apert. Observation classique d'un syndrome peu fréquent et qui, du point de vue psychiatrique, montre que les grandes oligophrénies doivent faire rechercher les malformations somatiques qui souvent les accompagnent.

A propos d'un cas d'inceste, par MM. P. Schutzenberger et G. Rousseau (de Ravenel).

A l'occasion d'une admission en hôpital psychiatrique, découverte d'une famille de onze enfants incestueux, chiffre rarement signalé. Si l'inceste est réel au point de vue légal, il est possible qu'il ne le soit pas au point de vue physiologique, la mère des enfants incestueux n'étant qu'une fille reconnue par le père au moment de son mariage. On évoque les divers problèmes d'ordre légal, moral et psychologique que soulève ce cas.

Les résultats d'une expérimentation de la réserpine sur 22 malades chroniques, par MM. M. Hacquard, J. Mercier et P. Balland (de Nancy).

Les auteurs rapportent les résultats d'une expérimentation de la réserpine sur 22 malades chroniques hospitalisés en moyenne depuis six ans. Les condi-

tions d'expérimentation permettent de rapporter à la seule réserpine les modifications du comportement de malades observés pendant un an. La durée moyenne de traitement est de deux mois, à des doses progressivement croissantes jusqu'à 7 mgr.

En dehors de l'effet sédatif général et des effets physiologiques déjà connus, les auteurs ont fait le plus souvent les remarques suivantes : *chez les schizophrènes :* amélioration du contact avec régression des réactions impulsives et effacement très sensible de l'indifférence affective. Les résultats se sont maintenus après cessation de la drogue ; *chez les délirants chroniques :* l'activité hallucinatoire est apparue très sensiblement diminuée et a repris une à trois semaines après l'arrêt du médicament ; *chez les épileptiques :* l'effet sédatif observé chez tous les malades s'est accompagné d'une multiplication des accidents paroxystiques.

Les incidents dus à la réserpine, fréquente apparition de signes extra-pyramidaux, par MM. R. Thiébaux, J.-R. Gérardin et G. Rousseau (de Ravenel).

On a signalé les incidents neurologiques consécutifs aux traitements par la chlorpromazine ; il semble que l'on puisse imputer à la réserpine les mêmes inconvénients. Il est apparu aux auteurs que cette substance employée à doses fortes (de l'ordre de 4 à 12 mgr. par jour) était à l'origine de manifestations neurologiques particulièrement fréquentes (chez plus de 50 % des malades traités) et qu'un syndrome parkinsonien d'apparition parfois dramatique était souvent noté (1/4 des cas). Les auteurs se refusent à toutes considérations physiopathologiques et se contentent de remarquer que tous ces troubles régressent facilement et qu'ils ne sont jamais suffisamment inquiétants pour motiver la condamnation de cette méthode thérapeutique.

Positions du sujet dans le test du village, par M. M. Cantiant (de Metz).

La place que prend le sujet vis-à-vis de la construction de son village est conçue comme la résultante dans la structure même de sa construction, de ses prises de position successives vis-à-vis de son matériel, prises de position affectives qui dévoilent certains mécanismes d'action de la personnalité de l'opérateur. Examinant les positions du sujet dans le test du village à l'aide de 25 exemples concrets, l'auteur montre que les éléments fondamentaux à relever et à la recherche desquels une attention particulière doit être réservée sont : les lieux d'identification. Ils consistent en affirmation de la position du sujet matérialisée par un centre en identification réprimée symbolisée par une place vide. Au cours de nombreuses observations, l'auteur a pu également isoler certaines structures remarquables : structure concentrique ou en bouclier polarisée par un sujet égocentrique ou infantile ; structures paraboliques rares : systèmes où une coupole de protection souligne ou protège un mouvement qu'elle valorise ainsi ; l'élargissement des places ou d'hémicycles, des sujets avec sensibilisation très marquée à l'opinion et à la sanction sociale ; les positions symétriques par rapport à un axe virtuel soulignant l'indécision et une réaction d'insécurité ; l'élévation de la construction. En approfondissant le sens de ces structures si fréquemment relevées, l'auteur croit déceler les possibilités d'explication en s'orientant vers l'étude du couple identification-projection actualisé au niveau du test. Leur

interaction et la prédominance de l'un des processus lui paraissent offrir l'hypothèse satisfaisante et une contribution à l'approche de la personnalité et de ses désordres.

Création et développement de l'ergothérapie à l'hôpital psychiatrique de Stephansfeld, par Mmes M. Lutz et Kastler (de Stephansfeld).

La création des ateliers d'ergothérapie s'est faite après les stages effectués par certains membres du personnel soignant à Fleury-les-Aubrais et Joinville. Depuis six ans, les malades hommes (actuellement 50) effectuent divers travaux de raphia, vannerie, tissage, cannage, peinture de bimbeloterie, tricot à la machine, fabrication de jouets, de filets de football, reliure, installation du terrain de sport. Depuis un an, les malades femmes (20 actuellement) fabriquent des vêtements d'enfants, de la layette, et font des travaux de raphia, rotin et pyrogravure. Une lacune est à combler : nécessité d'organiser l'ergothérapie dans chaque pavillon.

Deux cas de démence alcoolique, par MM. G. de Baudouin et L. Singer (de Hoerdt et Strasbourg).

Il s'agit de deux cas à la symptomatologie particulièrement atypique. Le premier présentait un état démentiel, des signes neurologiques, aphasie, Babinski bilatéral et des signes radiographiques, atrophie corticale. On avait cru d'abord à une maladie de Pick. Le deuxième laissa le diagnostic longtemps hésitant en raison d'un syndrome catatonique particulièrement rebelle. Dans l'un et l'autre cas, c'est l'évolution qui fit la preuve de l'étiologie alcoolique montrant la réversibilité des signes.

L. Singer.

Société de médecine mentale de Belgique et Société belge de psychologie

Réunion commune du 26 novembre 1955

Présidence : M. Ch. ROUVROY, président

Les fonctions verbales dans la psychose de Korsakoff á étiologie alcoolique, par M. R. Nyssen.

Des recherches méthodiques ont été faites chez 39 malades atteints de maladie de Korsakoff alcoolique.

Un vocabulaire à définitions, composé de 50 mots, extrait des vocabulaires Mill-Hill de Raven et adapté à la population belge, a été appliqué à 30 sujets

Par contre, un test composé de 30 mots nouveaux, c'est-à-dire de mots qui ne peuvent avoir été acquis, avec leur sens actuel, que pendant ces dix ou quinze dernières années, donne chez 39 Korsakowiens des résultats sensiblement différents. Ces résultats, comparés statistiquement à ceux obtenus chez des sujets normaux, groupés d'après l'âge, le sexe et le degré de culture des sujets malades, apprennent que :

1) Chez les Korsakowiens alcooliques, la capacité de définir les mots, acquis pendant les dix à quinze dernières années avant l'installation de la maladie, est manifestement diminuée.

2) Il en est de même de la capacité d'évocation de ces mots nouveaux, dans la majorité des cas. Compte tenu de la difficulté plus grande à l'évocation qu'à la définition des mots, le déficit d'évocation de mots nouveaux par les Korsakowiens se montre le plus souvent plus prononcé que celui de la capacité de définition.

Ces constatations constituent un exemple, parmi tant d'autres, de la relativité de cette « résistance » ou stabilité qu'on a souvent attribuée au vocabulaire chez les détériorés.

Les tests de mémoire immédiate dans la psychose en Karsakoff alcoolique, par M. S. Crahay.

L'auteur a soumis huit cas de psychose de Korsakoff alcoolique à divers tests dits de mémoire immédiate. Les patients avaient tous, au test de Wechsler-Bellevue et au Matrix, un niveau intellectuel moyen.

Les résultats des tests de M.I. varient selon la méthode et le matériel utilisés. Les résultats aux épreuves de répétition de chiffres et à la reconnition de listes de mots sont normaux. Par contre, l'évocation de mots, la reproduction et la recognition de figures simples sont nettement déficientes. Aux épreuves à temps différé, les rendements sont très inférieurs à la moyenne. L'acquisition d'un matériel verbal, même à court terme, est presque nulle pour autant que la quantité de mots à mémoriser dépasse sensiblement de reproduction immédiate.

L'auteur estime que l'on n'est pas autorisé à considérer les processus dits de mémoire immédiate comme intacts dans la psychose de Korsakoff. La distinction entre conservation de la capacité de fixation et perte de la mémorisation est, selon lui, fallacieuse. Il démontre que la capacité d'appréhension immédiate n'est intégralement conservée que dans certaines conditions expérimentales.

J. Ley.

Société de médecine mentale de Belgique

Séance du 17 décembre 1955

Présidence : M. Ch. ROUVROY, président

Compte rendu du récent colloque tenu à Marseille sur l'électro-encéphalographie et les activités mentales, par M. E. MEURICE.

L'auteur montre que le problème a été abordé par quatre grandes méthodes : étude des corrélations entre l'électro-encéphalogramme et les caractères psychologiques, enregistrement simultané de phénomènes périphériques, méthode des réflexes conditionnés et corrélations physiologiques. L'ambiguïté de la signification des termes, en clinique, en psychologie, en typologie et même en électro-encéphalographie, ainsi que le manque de valeur statistique des séries furent de sérieux obstacles. Cependant, cette rencontre fut extrêmement fructueuse. L'auteur insiste sur l'importance des recherches de l'école de Pavlov dans de certaines réactions, en rapport avec la typologie.

Psychopathologie de l'expression plastique (mimique et picturale). Note préliminaire sur les « Néomimismes » et les « Néomorphismes », par M. J. BOBON.

Faisant suite à ses études des néologismes et des glossolalies en psychopathologie, l'auteur a observé les attitudes et les gestes d'allure incantatoire ou conjuratoire de certains malades. A la lumière d'une observation récente, dont la publication est une préparation, il pense que le *néomimisme,* geste singulier, d'ordre délirant, de sens précis et fixe, utilitaire et magique, existe effectivement quoique rarement sans doute. Par analogie, en étudiant les productions artistiques pathologiques par lesquelles le malade s'exprime, il existe des *néomorphismes* dont l'auteur se propose de tenter l'étude.

J. LEY.

Société belge de neurologie

Séance du 17 décembre 1955

Présidence : M. J. DE BUSSCHER, président

Réflexe primitif dans un cas de diplégie infantile, par M. R. Hasaerts.

Présentation d'une observation accompagnée de la projection d'un film concernant un enfant de 3 ans et 9 mois chez qui les réflexes primitifs (Moro, Magnus et de Klein, et de succion) sont particulièrement démonstratifs. La séméiologie du jeune âge est en rapport avec la maturation du système nerveux central. Toutes les fonctions du système nerveux s'élaborent à partir des mécanismes réflexes, ceux-ci formant une partie intrinsèque de l'action nerveuse.

L'évolution motrice, par exemple, passe par plusieurs degrés d'intégration qui se suivent rigoureusement.

Hématome aigu intra-cranien traumatique. Conduite du traitement chirurgical, par M. L. Ectors.

A la lumière de deux observations démonstratives, l'auteur soutient la thèse que la ponction systématique au trocart de Cushing préconisée par certains auteurs est dangereuse. La méthode des trois trous explorateurs est à rejeter sauf extrême urgence. L'électro-encéphalographie ne permet pas de localiser la lésion dans la moitié des cas. C'est l'artériographie d'urgence qui est indiquée.

Contribution à l'étude de l'area 8, par M. L. Ectors.

L'auteur rapporte le cas d'une malade opérée de tumeur frontale et qui présentait un désintérêt pour tous les objets situés du côté opposé à la lésion. C'est la pseudo-hémianopsie que présentent les singes opérés de l'aire. 8. Comparant ce phénomène avec ceux qu'on observe au cours d'autres décorticatations plus ou moins étendues chez le macaque, l'auteur conclut que le rôle de l'aire 8 est de centrer l'activité du cortex dans son ensemble sur une action particulière. Cette région paraît créer une hiérarchie dans la motilité : une activité prépondérante ayant été choisie, le rôle de l'aire 8 serait d'asservir l'activité préexistante du cortex dans le but choisi.

J. Ley.

Séance du samedi 26 novembre 1955

Présidence : M. J. DE BUSSCHER, président

The etiologic significance of the results of epidemiologic investigations of amyotrophic lateral sclerosis and multiple sclerosis.
Amyotrophic lateral sclerosis in the Mariana Islands, par L. T. KURLAND (de Bethesda, Maryland).

L'auteur montre que les taux de mortalité pour ces affections sont très variables d'après les régions et ne paraissent pas être en relation avec des facteurs raciaux, ou de contagion. Il existe probablement un facteur climatique important pour la sclérose en plaques. Des variations géographiques analogues existent pour d'autres maladies.

La sclérose latérale amyotrophique est cent fois plus fréquente dans certaines îles que dans le reste du monde, et parmi certaines tribus comme les chamoro, sa fréquence est encore plus grande.

Dans ce cas, il existe un facteur héréditaire important, dépendant probablement d'un gène dominant. Le facteur exogène climatique ne paraît pas jouer ici le même rôle que dans le cas de la sclérose en plaques.

Hématome intracérébral chronique, par M. P. SOILLE.

L'auteur présente un jeune malade de 15 ans opéré récemment et rapporte huit autres cas d'hématomes intracérébraux spontanés ou traumatiques à localisation le plus souvent temporale postérieure, chez des sujets de 25 à 50 ans. Il discute l'étiologie, le diagnostic différentiel, et insiste sur la similitude frappant entre l'hématome chronique traumatique et spontané, ainsi que sur le rôle du spasme vasculaire provoqué par l'irritation due à l'épanchement.

Foyers occipitaux de pointe-onde dans les épilepsies infantiles et leur traitement chirurgical, par MM. W. GEETS et B. DELAUNOIS.

Les auteurs rapportent cinq observations d'épilepsie infantile focalisée de la région occipitale. Il s'agit de foyers nettement circonscrits de pointes et de pointes-ondes dont l'évolution montre souvent une tendance à l'extension et même à l'irradiation. Cette évolution électrique associée à une aggravation clinique permet de rapprocher ces observations des phénomènes d'irradiation corticale obtenus par stimulation photique de la rétine du chat. Dans deux cas, les auteurs ont excisé le foyer de pointes sous contrôle corticographique. Les enfants opérés sont jusqu'à présent améliorés au point de vue clinique et électrique. L'examen anatomique du fragment excisé a montré dans les deux cas des foyers de leptoméningite fibreuse recouvrant un cortex normal.

J. LEY.

ANALYSES

LIVRES. THÈSES, BROCHURES

Du suicide dans Londres. Étude écologique, par Peter Sainsbury. Publié pour l'Institut de psychiatrie, par Chapman et Hall Ed. Londres 1955, 116 pages.

Ce livre est divisé en quatre chapitres. Dans le premier, l'auteur pose le problème psychologique en tenant compte des investigations sociologiques ; il cite les travaux de Durckheim, qui observa que le nombre des suicides dans une nation reste nettement constant pendant un certain nombre d'années et diffère de celui qui a lieu dans d'autres nations. Il compare la fréquence des suicides à la ville et à la campagne, le rôle de la pauvreté, l'action des facteurs sociaux, de la personnalité des sujets et des maladies mentales. Dans le deuxième chapitre, le plus important, il expose la méthode qu'il a suivie pour son étude du suicide dans Londres. Des cartes et des tableaux illustrent cette partie du livre, montrent les facteurs sociaux et économiques, le rôle de l'isolement, de la désorganisation sociale, les différences qui existent dans les cinq quartiers métropolitains de Londres en tenant compte de la fréquence des suicides par rapport au sexe, à l'âge, au célibat, à l'isolement, aux mois de l'année. Dans le troisième chapitre, l'auteur examine comment les processus sociaux ont évolué dans les arrondissements de Londres ; il reprend alors chacune des causes sociales, psychologiques et biologiques et les discute. En conclusion, les variations dans le nombre des suicides dans les arrondissements de Londres semble dépendre surtout des facteurs sociaux.

D'après cette étude, on peut envisager un programme d'hygiène mentale pour prévenir le suicide dans les milieux où il est le plus fréquent, par exemple chez les vieillards, les désœuvrés, les individus qui vivent seuls.

En comparant certains arrondissements de Londres, dans lesquels le nombre des suicides diffère par rapport à la population générale, il faut faire intervenir le mode de vie, les conditions sociales, les activités de groupe, et tenir compte du point de vue psychiatrico-psychologique de la personnalité des sujets et de leur état mental. Une telle étude, non seulement permet de mieux comprendre les causes du suicide, mais aussi d'élucider les problèmes plus vastes du comportement humain, qui peut devenir anormal sous l'influence des forces sociales et culturales.

L. Marchand.

JOURNAUX ET REVUES

L'affectivité, par E. Minkowski. (*Sud médical et chirurgical*, t. 88, p. 4025-4030, 30 juin 1955).

La psychopathologie contemporaine débouche sur l'étude de l'affectivité par deux voies, celle de l'hystérie et celle de la démence précoce. Les apports de la psychanalyse dans l'étude de la première ont donné à la notion de cause affective une valeur compréhensible considérable, le symptôme ayant une signification symbolique et son sens étant lié aux modalités du facteur moral originel. Mais cette interprétation symbolique ne peut s'appliquer à tous les cas et une deuxième voie, qui met l'accent sur le rôle du fond mental et du mode d'existence sur les contenus affectifs, est fournie par la méditation de la signification du comportement interhumain réciproque dans la démence précoce et la schizophrénie. D'où la valeur et l'importance des caractères, du contact affectif, de l'autisme, du diagnostic par pénétration. Il convient donc de distinguer en psychopathologie l'affectivité conflictuelle de l'affectivité-contact, quelles que soient parfois leurs intrications. La vie instinctivo-affective est distincte de la vie intuito-affective, la première visant à la possession, à l'agressivité, la seconde à la réciprocité, à la recherche du contact humain. Les notions de bonne et de mauvaise affectivité ont un sens psychologique et non moral ; à l'extrême cependant, la déficience totale de l'affectivité et celle du sens moral vont de pair. L'humeur, bonne ou mauvaise, se situe dans l'ensemble plus superficiellement que le contact affectif, elle est plus « réaction qu'elle n'est fond ». L'auteur distingue ensuite avec détails et nuances comment l'émotivité et l'affectivité sont deux propriétés différentes qui ne se rencontrent pas. La première siège sur le versant psycho-somatique tandis que l'affectivité est placée sur le plan anthropologique (notions de contact et de rencontre). Il termine son étude par des aperçus sur l'affectivité des schizophrènes et l'affectivité adhésive, que son expérience des épileptiques et des « épilepto-sensoriels » a permis de décrire avec pénétration et par la critique des notions d'arriération et de maturation affectives. L'ensemble des questions abordées est surtout l'occasion de réflexions sur les sujets de psychopathologie aimés de l'auteur et qu'il contribue toujours à approfondir.

J. Alliez.

Une notion psychopathologique nouvelle : l'altération du lien interhumain, par A. Hesnard. (*Sud médical et chirurgical*, t. 88, p. 4036 - 4044, 30 juin 1955).

L'auteur étudie, à la lumière des enseignements à la fois de la psychanalyse et de la phénoménologie, l'importance des troubles de la communication interhumaine ou mieux du lien interhumain, que les sociologues ont appelé participation. Le primat de l'enfance et la reconnaissance du sens des symptômes, éléments essentiels des conceptions psychanalytiques ortho-

doxes ou dérivées de l'enseignement de Freud, ne peuvent être compris que si l'on y recherche la perturbation des liens intimes du sujet avec son milieu humain. Et la phénoménologie met essentiellement l'accent sur la notion de comportement, toute activité n'étant que relationnelle et intersubjective. L'auteur montre combien se retrouve, dans les diverses variétés d'états psychopathiques, la perturbation fondamentale de ce lien interhumain. Les névroses sont essentiellement des troubles de l'ajustement à autrui, de la communication interhumaine, dominés par les liens infantiles chroniquement persistants et tyranniques, dont les substituts de rencontre, sous le mécanisme de l'identification, ne permettent jamais une intersubjectivité satisfaisante. Les délirants et les hallucinés construisent un monde pathologique néostructuré, qui les isole du monde normal qu'ils refusent mais qui est peut-être leur seule manière possible de réaliser de nouveaux liens fictifs et dérisoires. Ils démontrent, dans leur échec et leurs structurations imaginaires, dramatiques et profondément significatives, l'importance du lien interhumain, à la fois dans leur existence pré-psychotique et dans leur comportement altéré, où se manifeste l'effort pour échapper à la subjectivité pure et retrouver des relations avec un ou plusieurs « autres », irréels.

J. Alliez.

L'œuvre scientifique du docteur André Thomas, par J. de Ajuriaguerra. *Revue neurologique* (numéro consacré au jubilé du docteur André Thomas) tome 93, n° 1, 2e semestre 1955, p. 1.

L'œuvre d'André-Thomas est immense, aussi bien par son abondance que par la variété des sujets étudiés. Elle vaut à la fois par ses idées générales et par l'analyse méticuleuse des observations cliniques. Le progrès ne se fait pas dans son œuvre par la simple application de données physiologiques à la clinique, mais aussi par l'étude comparative de données physiologiques précises et de faits sémiologiques de plus en plus approfondis. Les interférences physiologico-cliniques ne sont pas à sens unique ; l'enrichissement de la sémiologie, où tant d'explorations sont encore à faire, pose sans cesse de nouveaux problèmes. M. André-Thomas, questionnant sans cesse l'homme, ouvre la voie à l'expérimentation animale. Sa méthode de recherches se place toujours dans une dimension différente de celle de la plupart des chercheurs. Sa curiosité ne se porte jamais vers la découverte à sensation mais vers l'approfondissement de nouveaux mécanismes souvent d'ailleurs simples, mais qui ouvrent des horizons nouveaux. Le malade n'est jamais vu d'une manière statique ; il est toujours en situation ; dans ses descriptions sémiologiques, nous ne trouvons jamais un signe isolé pour la démonstration, mais un signe dans un ensemble. Ce signe, en effet, ne prendra sa signification que dans le contexte complet de l'histoire clinique.

Les ouvrages d'André-Thomas sont bien connus : le cervelet (étude anatomique, clinique et physiologique) ; les maladies de la moelle épinière, 1910 (en collaboration avec M. Déjerine) ; la fonction cérébelleuse, 1911 ; les localisations cérébelleuses, 1914 (en collaboration avec A. Durupt) ; la physiothérapie, 1912 ; les blessures du cervelet, 1918 ; le réflexe pilo-moteur, 1921 ; la pathologie du cervelet (nouveau traité de médecine, 1925) ; les phénomènes de répercussivité, 1929 ; équilibre et équilibration, 1940 ; l'axe

corporel, musculature et innervation, 1948 (en collaboration avec de Ajuriaguerra) ; étude sémiologique du tonus musculaire, 1949 (en collaboration avec de Ajuriaguerra) ; études neurologiques sur le nouveau-né et le jeune nourrisson, 1952 (en collaboration avec Mme Sainte-Anne-Dargassies).

Nous ne pouvons pas citer les nombreux travaux, rapports aux congrès, communications aux diverses sociétés. M. Ajuriaguerra s'est attaché à exposer à grands traits cette œuvre, qu'on peut grouper sous les titres suivants : la fonction cérébelleuse ; études sur le tonus musculaire ; le développement neurologique de l'enfant ; le système végétatif ; les phénomènes de répercussivité. Dans le dernier chapitre, l'auteur tente de dégager les méthode d'examen clinique de M. André-Thomas et conclut : « C'est une méthode essentiellement humaine par l'humanisme de celui qui interroge et par la complexité de l'homme objet de la recherche. Si nous voulions définir sa méthode, nous pourrions dire que, par sa précision, il a créé une neurologie expérimentale à l'échelle humaine. »

L. Marchand.

NEURO-PSYCHIATRIE

Encore des réflexions sur les relations de la neurologie et de la psychiatrie, par A. Cremieux. (*Sud médical et chirurgical*, t. 88, p. 4097-4100, 30 juin 1955).

Sujet délicat abordé avec tact et nuances. La spécialisation qui scinde la médecine ne pouvait manquer de scinder les spécialités elles-mêmes, et si la « double formation » est et reste indispensable, la pratique conjointe de la neurologie et de la psychiatrie ne sera bientôt que l'apanage d'une génération dépassée. Quoique les qualités requises pour réussir dans l'une et l'autre orientation soient rarement réunies chez un seul au même degré, il est permis de penser que les dispositions à la synthèse des aptitudes continuent de constituer un idéal souhaitable.

J. Alliez.

La pneumoencéphalographie en psychiatrie, par P. Nayrac et J. Caron. (*Sud médical et chirurgical*, t. 88, p. 4069-4073, 30 juin 1955).

Les auteurs ont pratiqué la pneumo-encéphalographie dans les diverses affections psychiatriques. Ils ont trouvé, en dehors des aspects bien connus des atrophies démentielles (démences artério-scléreuses, préséniles, paralytiques), une fréquence notable d'anomalies dans la schizophrénie confirmée, la mélancolie présénile, les délires hallucinatoires chroniques, les oligophrénies. Les atrophies corticales sont rares dans les délires de structure paranoïaque mais, fait curieux, les auteurs ont trouvé des aspects anormaux dans la psychose maniaco-dépressive, en nombre suffisant pour avoir une valeur théorique au sujet du caractère lésionnel de l'affection. Dans le syndrome de Korsakoff, la topographie des anomalies radiologiques confirme son origine mixte, frontale et diencéphalique. Enfin, dans les syndromes post-commotionnels, la proportion d'altérations pneumo-encéphalographiques est de l'ordre de 55 %. Les auteurs insistent sur la valeur de l'étude comparative de la cytologie rachidienne et céphalique, qui leur fait retrouver des

hypercytoses pathologiques dans un grand nombre d'affections, dont la nature organique est considérée comme faible ou discutée. Ils terminent par des considérations sur la valeur thérapeutique de la méthode, particulièrement dans les syndromes post-commotionnels tardifs.

J. Alliez.

La mélancolie chez l'indigène nord-africain, par A.-G. Manceaux et Y. Pelicier. (*Sud médical et chirurgical*, t. 88, p. 4073-4075. 30 juin 1955).

La mélancolie est relativement rare dans la population indigène nord-africaine ; elle atteint avec prédilection les sujets jeunes, avant 40 ans, et touche également les deux sexes. Chez la femme, le facteur puerpéral est important mais la ménopause joue un rôle bien moindre ; la périodicité est plus fréquente chez l'homme. Les conditions psychogénétiques interviennent différemment suivant les sexes : événements de la vie professionnelle et conflits familiaux chez l'homme, conflit conjugal et crainte de la stérilité chez la femme. La grande mélancolie anxieuse avec agitation est la forme la plus fréquente, souvent confuse ; le délire organisé y est inexistant, tandis que l'excitation motrice peut y être considérable La mélancolie dépressive simple, à forme hypocondriaque, et la mélancolie avec troubles cénesthésiques constituent des formes également fréquentes mais sans support anxieux bien défini. La projection dysthymique dans le sens de l'agitation motrice, le théâtralisme des expressions thymiques et la somatisation des symptômes constituent les aspects les plus saillants de ces types de mélancolie chez les Nord-africains, tandis que la douleur morale et l'intellectualisation délirante n'y sont qu'ébauchées ou absentes, soulignant ainsi la primauté du système diencéphalo-végétatif. L'effet des thérapeutiques de choc est identique à ce qu'il est ailleurs.

J. Alliez.

Ce qu'il faut savoir de l'électro-choc pour un médecin praticien, par H. Baruk. (*Sud médical et chirurgical*, t. 88, p. 4089-4090, 30 juin 1955).

L'auteur reprend et développe l'argumentation qu'il a déjà exposée à diverses reprises et qui lui fait rejeter comme inutiles ou nocives les méthodes de sismothérapie et spécialement l'électro-choc, même dans l'indication idéale que constitue la mélancolie. Parmi les aspects nouveaux du débat, la question de la plus grande fréquence des récidives après les traitements de choc demanderait à être précisée. Des oppositions à ces méthodes, qui se manifestent de plus en plus à l'étranger, constituent pour l'auteur un élément de poids dans sa lutte contre l'opinion commune de la plupart des psychiatres contemporains.

J. Alliez.

La délinquance au cours de la période préclinique de la schizophrénie, par M. Riser, L. Gayral et G. Lacoste. (*Sud médical et chirurgical*, t. 88, p. 4058-4068, 30 juin 1955).

Les auteurs détaillent quatre observations où des délits graves ont été commis par des jeunes gens bien avant que les premiers signes cliniques de

démence précoce se soient manifestés. Ils insistent sur l'importance des changements insolites de caractère, avec comportements pervers particulièrement bien adaptés. Les symptômes de la série schizophrénique sont d'apparition tardive, dans un cas deux ans après le premier délit. La difficulté de reconnaître à ce moment initial la démence précoce est considérable. L'aspect de certaines réactions carcérales aurait quelque valeur et une étude psychotechnique pourrait alors avoir une valeur « prédictive ».

J. Alliez.

De la valeur psychodiagnostique de l'écriture, par W. R. Péri. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 3, n° 8, février 1955, p. 595).

L'analyse raisonnée de l'écriture comme base psychologique s'appuie sur l'autoconstance du comportement humain et davantage sur le fait que l'écriture est le produit et en même temps l'enregistrement de la motilité hautement individualisée ; elle exprime un rapport entre la motilité et les émotions. Le caractère graphique de l'activité fournit de nombreuses possibilités pour l'expression symbolique. Physiologiquement, l'écriture est le résultat de contractions et de relâchements musculaires. L'auteur décrit les troubles concernant la quantité et la direction des contractions, l'équilibre entre contractions et relâchements, la rigidité qui en résulte, les altérations du rythme. L'écriture peut servir au diagnostic de la schizophrénie, des désordres affectifs, de la manie, de l'hypomanie et des formes variées de la dépression. Deux résultats spécifiques peuvent être obtenus du test de l'écriture. L'un a une valeur préventive ; il peut permettre de prévoir le début d'un trouble psychologique et mental ; l'autre rend possible l'étude du caractère psychologique de personnalités historiques qui sont disparues depuis longtemps. Dans le texte, figurent des spécimens de l'écriture ou de la signature de sujets célèbres, de Nelson, de Mussolini, de Beethoven et de Charles Dickens, dont les écritures indiquent des caractères maniaco-dépressifs.

L. Marchand.

Hallucinations visuelles de soi-même dans les maladies organiques, par K. Dewhurst et J. Pearson (*The Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, vol 18, n° 1, février 1955, p. 53).

Les auteurs rapportent trois observations d'autoscopie. Les sujets étaient atteints dans la première d'une hémorragie sous-arachnoïdienne compliquée d'hypertension maligne ; dans la deuxième d'une tumeur pariéto-temporale gauche ; dans la troisième d'une blessure par fragment de schrapnel qui, après avoir détruit l'œil droit, a été se loger dans le lobe temporal droit. Ils proposent l'hypothèse suivante comme pathophysiologie : les hallucinations autoscopiques, quoique symptomatiques d'un foyer organique, ne surviennent que chez les sujets qui possèdent une mémoire visuelle fortement développée de leur image corporelle.

L. Marchand.

Maladie d'Alzheimer avec acné rosacée chez l'une des jumelles identiques, par E. Davidson et E. Robertson. (*The Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, vol. 18, n° 1, février 1955, p. 72).

Après avoir rappelé les cas familiaux de maladie d'Alzheimer et les opinions récentes sur leur caractère génétique, les auteurs rapportent l'observation de deux jumelles univitellines dont l'une est atteinte de maladie d'Alzheimer alors que sa sœur est indemne. L'affection a débuté à 50 ans et la malade mourut à 69 ans. L'examen histologique décela dans le cerveau de nombreuses plaques séniles et de rares cellules présentant la lésion neurofibrillaire d'Alzheimer. A noter qu'à l'âge de 38 ans, au cours d'une épidémie d'influenza, la jumelle atteinte de maladie d'Alzheimer avait souffert d'un délire fébrile laissant craindre une méningite. Les auteurs insistent sur l'acné rosacé qui apparut en même temps que les troubles mentaux alors que l'autre jumelle resta indemne. Pour expliquer la discordance, ils font jouer un rôle important aux facteurs exogènes.

L. Marchand.

Le syndrome de Ganser. Revue et rapports de quelques cas peu communs, par H. Weiner et A. Braiman. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 3, n° 10, avril 1955, p. 767).

Dans le syndrome de Ganser, le principal symptôme est constitué par les réponses absurdes ; il peut s'observer au cours de diverses formes mentales : schizophrènes catatoniques, états démentiels, états dépressifs sévères, troubles hystériques (analgésie) ; il est rarement simulé. Les auteurs rapportent six cas observés, l'un chez un prisonnier, et cinq (quatre femmes et un homme) chez des civils. Le début du syndrome était récent, de 48 heures chez les civils et de dix jours chez le prisonnier. Les sujets présentaient depuis longtemps des stigmates caractéristiques, des désordres caractériels hystériques. Chez tous ces sujets, le symptôme principal était les réponses absurdes. Les autres symptômes étaient l'amnésie avec perte de l'identité personnelle, obscurcissement de la conscience. Chez cinq malades on notait de l'anesthésie ou de l'hyperesthésie hystérique. Chez quatre sujets, une fugue marqua le début de la maladie ; de l'anxiété, des phases d'agitation complétaient le syndrome et chez deux autres des hallucinations visuelles et auditives. Dans tous les cas, on nota des facteurs déclenchants. Un sujet avait été poursuivi par ses créanciers, un autre était sous une surveillance légale pour avoir utilisé de fausses ordonnances afin de se procurer de la morphine, un troisième était dans l'attente d'une décision concernant son incarcération. Le travail se termine par diverses hypothèses concernant l'explication possible du syndrome. Pour les auteurs, il consiste en une réaction à un ennui insupportable compliqué d'un sentiment de complet abandon.

L. Marchand.

Pseudoréversibilité de la stupeur catatonique, par E. S. Straus et R. M. Griffith. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 3, n° 9, mars 1955).

La stupeur catatonique ne peut être interprétée comme un état de sommeil. Les malades stuporeux restent vigilants. Les auteurs donnent l'observation d'un malade dont le comportement a été filmé. Sous l'influence d'une

injection d'amital sodique, le sujet en état de stupeur change de comportement ; alors qu'il refusait la nourriture, il se met à manger avec appétit. Quand l'action du médicament est terminée, il retombe dans son état d'immobilité. On peut alors employer le stratagème suivant pour le faire sortir de son état de stupeur. On l'engage à aller jouer à la balle. Il participe alors au jeu, parle facilement, devient expansif, et ses mouvements sont bien coordonnés. Ceci prouve que le système moteur n'est pas troublé. Pendant les attitudes catatoniques, on note des signes d'adaptation qui indiquent que la persévération des attitudes dépend plutôt d'une incapacité d'entreprendre un mouvement que d'une durée anormale de l'innervation du courant moteur. Chez les sujets atteints de stupeur catatonique, le trouble est plutôt psychomoteur que moteur mais il n'implique pas cependant une origine psychogène. Le comportement catatonique suggère plutôt que des modifications biologiques ont affecté la manière de vivre.

L. Marchand.

Stimulation du noyau amygdalien chez une schizophrène, par R. G. Heath, R. R. Monroe et W. A. Mickle. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 3, n° 11, mai 1955, p. 862).

Les électrodes furent implantées dans la région du noyau amygdalien d'une femme de 27 ans atteinte de schizophrénie. Elle considérait le monde extérieur comme irréel ; elle se disait incapable d'avoir des sentiments affectueux. Les électrodes restèrent en place durant une période de quinze mois. La stimulation ne commença que 61 jours après leur implantation. L'intensité du courant ne dépassa pas cinq milliampères. Quand le courant avait une intensité qui était voisine de cinq milliampères, la malade manifestait une réaction de rage. Quand le courant était réduit à quatre milliampères, l'état de rage disparaissait et la malade était capable d'en discuter objectivement. Elle éprouvait des sentiments qu'elle décrivait comme lui étant inhabituels. Quand le courant était encore diminué, la malade était plutôt amusée de ses réactions. Au cours de stimulations subséquentes, elle manifesta un sentiment intime de crainte avec impulsion à courir (une radio dans le texte).

L. Marchand.

Etudes sur les rapports entre les manifestations psychotiques et le cycle sexuel, par Y. Ota, T. Mukai et K Gotoda. (*Folia psychiatrica et neurologica japonica*, vol. 8, n° 3, décembre 1954, p. 207).

Pour préciser les rapports entre les manifestations psychotiques et le cycle sexuel, des examens gynécologiques fréquents et des tests microscopiques de l'endomètre ont été pratiqués. Chez trois schizophrènes, l'excitation coïncidait avec la période des règles. Dans deux cas de psychose périodique, on ne note aucun rapport entre l'agitation et le cycle sexuel. Chez une schizophrène qui présentait des métrorragies pathologiques, l'état mental s'améliorait durant les pertes de sang qui ne correspondaient pas aux périodes menstruelles. Le problème des rapports entre le cycle sexuel et les psychoses doit être révisé.

L. Marchand.

Psychose résultant d'une hypersensibilité à la pénicilline, par S. B. Cohen. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 3, n° 9, mars 1955, p. 699).

L'auteur résume d'abord trois observations publiées antérieurement par divers auteurs, dans lesquelles les sujets ont présenté des troubles mentaux graves au cours d'un traitement à la pénicilline. Dans le cas rapporté par l'auteur, il s'agit d'un sujet de 23 ans qui, deux jours après avoir pris oralement 250.000 unités de pénicilline, fut atteint d'œdème des extrémités, d'urticaire généralisé, de fièvre, de troubles mentaux consistant en anxiété, confusion et désorientation. La guérison se fit en quelques jours sous l'influence d'un traitement à l'épinéphrine. Ce sujet avait déjà souffert trois fois de manifestations allergiques consistant en urticaire, œdème et fièvre comme réactions à un traitement par la pénicilline. L'auteur expose les hypothèses concernant le mécanisme de l'action de la pénicilline sur le déclenchement des modifications mentales. Il est possible que le tissu cérébral de ces malades soit plus sensible aux propriétés antigéniques de la pénicilline.

L. Marchand.

Investigation clinique sur la « diencéphalose », par K. Kato, N. Hatotani et Y. Fukushima. (*Folia psychiatrica et neurologica japonica*, vol. 8, n° 2, septembre 1954, p. 127).

Les auteurs définissent la diencéphalose un syndrome diencéphalique qui prend son origine dans une certaine faiblesse innée du diencéphale sans aucune cause externe. Deux facteurs interviennent ; d'abord, la faiblesse du niveau de l'énergie psychique générale, et secondairement différentes modalités dans la modification de la conscience. Se basant sur leurs recherches concernant les courbes de l'hyperglycémie dans la diencéphalose, ils admettent qu'elles sont en corrélation avec l'instabilité psychophysiologique dissimulée par les deux facteurs précédents et que cette instabilité, qui constitue un troisième facteur, est en relation étroite avec l'oscillation de la tension psychologique. Les auteurs donnent les observations de deux cas familiaux et ils se proposent de faire des recherches clinico-héréditaires sur ce syndrome.

L. Marchand.

Angiospasmes et maladie de Parkinson, par W. G. Eliasberg. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 3, n° 2, mai 1955, p. 841).

Les faits pathophysiologiques constatés dans les maladies vasculaires et les maladies affectant l'oxygénation du cerveau peuvent être étudiés au moyen du test bio-moteur. Celui-ci consiste à obtenir du malade à de courts intervalles des échantillons de son écriture, quand il se sent fatigué, quand il a des maux de tête ou un malaise général, quand son pouls bat trop fort, ensuite quand il est reposé, quand il n'éprouve plus ces malaises. On compare les échantillons. Le test bio-moteur doit être combiné à l'observation clinique. Il permet de préciser des diagnostics différentiels et des pronostics au début même des maladies cérébrales ; il décèle la fréquence des spasmes artérioscléreux dans les vaisseaux des ganglions de la base, leur action dans les premières manifestations transitoires de la maladie de Parkinson, qui peut être ainsi traitée précocement.

L. Marchand.

Etudes électro-encéphalographiques chez les enfants souffrant d'accès, par K. Nakano et M. Ando (3e Réunion de la Société japonaise d'électro-encéphalographie, 4 avril 1954) (*Folia psychiatrica et neurologica japonica*, vol. 8, n° 2, septembre 1954, p. 195).

Les auteurs ont recherché chez les enfants âgés de moins de 15 ans, si les crises convulsives ou les attaques syncopales avaient ou non quelque rapport avec l'épilepsie idiopathique. Leur étude porte sur 185 enfants. Parmi ceux-ci, 67 étaient normaux et 118 présentaient des accès. Parmi ces 118, ils éliminèrent quinze cas d'épilepsie symptomatique. Les examens électro-encéphalographiques ont donné les résultats suivants chez les 113 cas qui restaient : chez 51 %, tracé épileptique spécifique ; chez 24 %, tracé épileptique interparoxystique ; chez 24 %, tracé normal.

Parmi 67 enfants normaux, un tracé épileptique spécifique ne fut trouvé que chez un seul sujet.

Les auteurs concluent que chez les enfants âgés de moins de 15 ans qui ont des accès, non seulement les accès ont quelque raport avec l'épilepsie idiopathique mais, dans de nombreux cas, ils constituent le début même de l'épilepsie idiopathique.

L. Marchand.

Etudes électro-encéphalographiques chez les jumeaux épileptiques, par H. Kamido, T. Fukuda et T. Noguchi (3e Réunion annuelle de la Société japonaise d'électro-encéphalographie, 4 avril 1954). (*Folia psychiatrica et neurologica*, vol. 8, n° 2, septembre 1954, p. 193).

Chez dix couples de jumeaux monozygotes concordants, c'est-à-dire tous deux épileptiques, la forme et le tracé des ondes anormales furent semblables mais les anomalies semblaient plus accusées chez le jumeau qui présentait des symptômes cliniques plus graves. Chez quatre couples de jumeaux monozygotes discordants, le jumeau non épileptique avait un tracé avec des ondes anormales semblables à celui qui était épileptique. Par exemple, chez deux jumeaux, dont l'un ne présentait aucun symptôme clinique, les tracés des deux contenaient des ondes de petit mal variant. Les auteurs concluent qu'il n'y a aucune différence entre les jumeaux monozygotes concordants et les discordants.

Dans quatre couples de jumeaux dizygotes, les tracés montraient de grosses différences.

L. Marchand.

Etude électro-encéphalographique de convulsions spontanées suivant l'électrochocthérapie, par T. Nishio, A. Matushima, K. Kamei, K. Iwasa et T. Hara. (3e Réunion annuelle de la Société japonaise d'électro-encéphalographie, 4 avril 1954). (*Folia psychiatrica et neurologica japonica*, vol. 8, n° 2, septembre 1954, p. 192).

21 cas de crises spontanées de grand mal ont été observés après des séries de 38 à 80 électrochocs. Elles ont eu lieu chez un maniaque-dépressif et chez 20 schizophrènes. Leur déclenchement ne semble pas en relation parallèle avec le nombre des électro-chocs. Les tracés électro-encéphalographiques décèlent des anomalies telles que pointes, pointes-ondes, foyers de grande crise.

Les auteurs admettent l'opinion déjà exprimée par d'autres cliniciens que les électro-chocs répétés sont un facteur responsable de modifications du tissu cérébral. Le comment et le pourquoi de ces crises spontanées s'accompagnant d'un tracé électro-encéphalographique semblable à celui du grand mal épileptique est un problème non résolu.

L. Marchand

Electrostimulation au cours de l'apnée post-électro-convulsive, par R. Meadows. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 3, n° 8, février 1955, p. 620).

Dans les cas d'apnée de durée dangereuse, l'auteur a utilisé 45 fois la méthode suivante : l'électrostimulation du phrénique par un courant de 25 milliampères. Les électrodes sont placées bilatéralement sur les points moteurs du phrénique à un pouce au-dessus de la clavicule, sur le côté des tendons du sternocléidomastoïdien. La stimulation est appliquée pendant quelques secondes jusqu'à la production d'une inspiration de type abdominal. Ce procédé prévient aussi l'œdème pulmonaire. Dans la même zone que celle du phrénique se trouve aussi le nerf pneumogastrique, qui est stimulé aussi ; son action sur les centres respiratoires s'ajoute à la stimulation du phrénique.

L. Marchand.

L'effet de l'adénochrome et de l'acide nicotinique (niacin) **sur l'électro-encéphalogramme des épileptiques,** par A. Szatmari, A. Hoffer et R. Schneider. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 3, n° 8, février 1955, p. 603).

L'adénochrome est un dérivé naturel de l'adrénaline. A la dose de 10 mgr., il ne produit aucune modification de l'électro-encéphalogramme. Aux doses de 10, 25 et 30 mgr., il augmente les anomalies paroxystiques bilatérales dans les électro-encéphalogrammes des épileptiques, mais il a très peu d'effet sur le tracé du foyer cortical lui-même. L'acide nicotinique, donné par voie digestive ou en injections intraveineuses, ne détermine chez les sujets normaux qu'une légère augmentation de fréquence dans les ondes de l'électro-encéphalogramme. Chez les épileptiques, le produit diminue considérablement les anomalies paroxystiques diffuses bilatérales (excepté dans l'épilepsie idiopathique), mais a très peu d'influence sur le foyer lui-même.

L. Marchand.

Lésions cérébrales graves inhabituelles développées après un état de mal épileptique, par A. Meyer, E. Beck et M. Shepherd. (*Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, vol. 18, février 1955, p. 24).

Un garçon, à l'âge de 9 ans, au cours d'une crise de rhumatisme, présente un état de mal épileptique ; il reste dans le coma pendant trois jours et est atteint de pneumonie. A la convalescence de cet épisode aigu, il est devenu dément. Il présenta ensuite des crises de grand mal et aussi des crises temporales. Il meurt douze mois après les premiers accès épileptiques. Les lésions corticales scléreuses les plus accusées intéressent symétriquement

la première circonvolution temporale et les régions sylviennes avoisinantes, la corne d'Ammon et la circonvolution de l'hippocampe, les régions orbitaires médianes et cingulaires antérieures. Elles seraient la conséquence de l'anoxie et des troubles circulatoires qui se seraient produits au cours de l'état de mal primitif. Le noyau amygdalien est atteint de ramollissement et le cortex cérébelleux est le siège de foyers de sclérose. Tenant compte de l'étendue des lésions dans la première circonvolution temporale et l'hippocampe, les auteurs pensent qu'elles sont le résultat de la hernie du cerveau sur la tente du cervelet et de l'anoxie qui se seraient produites à la naissance. A noter cependant que, pour cet enfant, l'accouchement avait été normal et que jusqu'à l'âge de 8 ans il s'était bien développé (13 figures).

L. Marchand.

De la microglie dans les gliomes, par S. Imamura. (*Folia psychiatrica et neurologica japonica*, vol. 8, n° 2, septembre 1954, p. 99).

On note dans les gliomes un premier type de cellules microgliques comprenant des formes normales, des formes hypertrophiques, des cellules en bâtonnet, et un deuxième type comprenant des formes pseudopodiques et des cellules granuleuses qui ne sont pas toujours de nature microglique et qui peuvent être de nature mésenchymateuse. Les cellules microgliques normales s'observent dans le cortex, qui est normal autour des tumeurs, et elles peuvent y pénétrer. Les formes hypertrophiques se trouvent à la périphérie des gliomes. Dans les zones tumorales non dégénérées, on note la présence de cellules hypertrophiques et aussi des formes pseudopodiques. Dans les zones dégénérées et hémorragiques, ce sont les formes pseudopodiques et les cellules granuleuses qui s'y observent. Il ne semble pas que les cellules microgliques proviennent des éléments adventitiels périvasculaires ou ont émigré à travers les parois vasculaires. Dans les gliomes, la microglie ne représente pas des éléments tumoraux, mais elle constitue une sorte de cellule du stroma ayant une activité phagocytaire pour éliminer les produits métaboliques produits par la tumeur. Il semble que les cellules microgliques cérébrales ont survécu dans le tissu tumoral et se sont développées parallèlement à lui.

L. Marchand.

Variation de la basophilie des cellules nerveuses associée à l'augmentation de l'activité cellulaire et à son agression fonctionnelle, par L. Einarson et E. Krogh. (*Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, vol. 18, n° 1, février 1955, p. 1).

Les plus importantes modifications de la substance de Nissl dans les cellules nerveuses sont surtout mises en évidence au cours des maladies et par les méthodes expérimentales qui augmentent, diminuent ou abolissent l'activité de ces éléments. Les auteurs préconisent pour son étude le colorant gallocyanin-chromalun, qui permet d'apprécier les diverses réactions colorantes des corps de Nissl, de leur substance basophile (acide nucléique). Ils classent les réactions en hyperchromasie, chromophobie (chromatolyse), chromophilie). Les cellules, dont les éléments présentent une capacité normale à se colorer, sont appelées cellules chromo-neutrales. Elles sont considérées comme étant au repos ou présentant une activité normale.

Dans le délire aigu, la chromophobie (chromatolyse) est accusée dans les cellules du cortex, du thalamus, du tronc cérébral, dans les cellules de Purkinge et des noyaux dentelés ; les particularités des lésions sont identiques à celles que l'auteur de cette analyse a décrites. Les cellules des noyaux supraoptiques et paraventriculaires prennent une forme ballonnée, renferment des vacuoles et des inclusions granuleuses. Les différents degrés de chromophobie des cellules cérébrales ont fait aussi l'objet de recherches chez des sujets morts au cours du traitement par le métrazol et de l'insulinothérapie, chez une femme atteinte d'épilepsie traumatique et morte au cours d'un accès convulsif. Dans les cellules pyramidales géantes, la substance de Nissl (acide nucléique) est surtout disposée autour du noyau. Pour les auteurs, cette constatation indiquerait que la cellule, après avoir été en état de chromophobie, est en voie de réparation. Nombreuses recherches expérimentales sur les cellules nerveuses d'animaux au cours de la stimulation électrique d'un ganglion pendant plusieurs heures, au cours de la carence prolongée en vitamine E, de l'hypoxie, du choc insulinique, des convulsions produites électriquement. En résumé, les affinités variées de la substance basophile de la cellule nerveuse pour le colorant gallocyanin-chromalun sont en rapport avec son activité fonctionnelle et pathologique ; la chromophobie peut être interprétée comme le résultat d'une augmentation de l'activité cellulaire et d'une décharge neuronale anormale (quatorze photo-micros).

L. Marchand.

Encéphalopathies cicatricielles et encéphalopathies évolutives de l'enfant. Aspects neurologiques et neuro-chirurgicaux, par G. Heuyer et M. Feld. *Revue neurologique* (numéro consacré au jubilé du docteur André Thomas), t. 93, n° 1, 2e semestre 1955, p. 165.

On ne saurait définir les encéphalopathies infantiles en fonction de leurs facteurs étiologiques. Le processus morbide une fois déclenché, les foyers lésionnels évoluent suivant des modalités réactionnelles du tissu cérébral indépendantes du processus initial. Sur les lésions originelles, qu'elles soient inflammatoires, destructives ou cicatricielles, se greffent des lésions secondaires et des troubles endocrino-métaboliques. La première atteinte agit souvent dans l'obscurité de la vie intra-utérine ou lors de l'accouchement par le mécanisme d'une hypoxie ou anoxie. Les encéphalopathies infantiles se comportent comme des maladies chroniques évolutives au cours de la maturation post-natale, d'où remaniements anatomiques et polymorphisme des syndromes. Elles ont un double potentiel évolutif : 1° évolution du processus pathogène par poussées successives de nouvelles lésions cérébrales ; 2° évolution particulière des foyers cicatriciels entraînant des manifestations irritatives de voisinage et des perturbations fonctionnelles à distance. Les manifestations cliniques des encéphalopathies infantiles se groupent en des syndromes polymorphes dans lesquels les troubles déficitaires s'associent aux troubles excédentaires surajoutés. Ces données physio-pathologiques guident les possibilités neuro-chirurgicales qui ont pour but la suppression des foyers cicatriciels. Les auteurs donnent comme exemples plusieurs observations qui illustrent aussi bien les aspects neurologiques des encéphalopathies infantiles que leurs incidences neuro-chirurgicales.

L. Marchand.

La syncinésie-sursaut de l'épilepsie ; sursaut à déclenchement sensoriel ou sensitif inopiné. Les faits anatomo-cliniques. par Th. A. Lajouanine et H. Gastaut. *Revue neurologique* (numéro consacré au jubilé du docteur André Thomas), t. 93, n° 1, 2e semestre 1955, p. 29.

Les auteurs rapportent dix observations de sujets qui présentent les symptômes suivants : une expression motrice paroxystique réalisant une contraction musculaire brève n'intéressant qu'une moitié du corps ou prédominant sur elle ; cette expression motrice est provoquée par un bruit, un choc, un attouchement, ou un mouvement brusque soudains, inopinés ; elle survient plus ou moins précocement chez des sujets atteints d'hémiplégie ou d'encéphalopathies infantiles. Ils les classent en deux groupes différents en se basant sur la différence des constatations électro-encéphalographiques. Ils donnent le nom de syncinésie-sursaut au premier groupe ; le phénomène survient de façon isolée et la nature épileptique n'est pas évidente. Ils réservent le terme d'épilepsie-sursaut au deuxième groupe ; le phénomène hypertonique provoqué par la stimulation sensitive ou sensorielle s'associe à d'autres modifications indiscutablement épileptiques. Dans cette forme d'épilepsie réflexe, l'auteur de cette analyse et Ajuriaguerra ont montré par des exemples que l'élément surprise jouait le rôle principal.

L. Marchand.

Des dissociations des états de conscience provoquées par des lésions localisées de l'encéphale, par J. Lhermitte. *Revue neurologique* (numéro consacré au jubilé du docteur André Thomas) t. 93, n° 1, 2e semestre 1955, p. 233.

Il convient de faire de la conscience trois parts : la première, qui répond à la connaissance du monde extérieur ; la seconde, qui tient à la connaissance du moi corporel ; enfin le dernier mode de conscience le plus élevé, la conscience du moi, de la personne, la conscience réfléchie. Cette dernière seule est le propre de l'homme, car c'est grâce à elle que se sont développés la pensée conceptionnelle, la faculté d'abstraction et le langage. Nous ne pouvons saisir que des « états de conscience » et non la « conscience en soi », entité métaphysique qui échappe au contrôle expérimental.

La dissolution de la conscience du monde extérieur est le fait des maladies mentales et spécialement des délires confuso-oniriques. Cette modalité de perturbation répond généralement à une atteinte diffuse de l'encéphale, mais aussi parfois au retentissement diffus d'altérations souvent néoplasiques de l'hypothalamus médian.

Les troubles de la conscience de notre corps répondent dans la généralité des cas à un segment cortico-sous-cortical du lobe pariétal de l'hémisphère majeur ; sa lésion se traduit par l'hémiasomatognosie.

La suspension de la conscience du moi (conscience réfléchie) s'observe chez certains sujets qui sont capables d'accomplir des actions cohérentes et compliquées tout en ayant perdu la conscience de l'activité qu'ils déploient. La conscience du monde extérieur et celle du corps ne sont point éteintes. Des exemples saisissants ont été observés chez des épileptiques en état de fugue cupraxique. On a émis l'hypothèse encore peu admissible que les alté-

rations qui portent sur le système limbique seraient particulièrement responsables des perturbations de cet état de conscience.

L. Marchand.

Troubles du langage chez l'enfant, par G. Heuyer. (*Journal de psychologie normale et pathologique*, n° 2, avril-juin 1955, p. 232).

Les troubles du langage dans l'enfance sont très variables dans leurs manifestations et leurs causes : mutisme par aphasie, par insuffisance intellectuelle, par troubles de l'audition, par troubles affectifs souvent pithiatiques. Le diagnostic d'une aphasie dans la première et seconde enfance jusqu'à 5 ou 7 ans est souvent difficile. Il faut d'abord apprécier le niveau mental ; et il est nécessaire d'employer des batteries de tests non verbaux pour apprécier l'intelligence de l'enfant, car c'est de ce niveau que dépend le pronostic. Il y a un mutisme schizophrénique. L'auteur rapporte quatre observations, qui sont des exemples de la multiplicité des aspects des troubles du langage chez l'enfant. Dans les deux premiers cas, il s'agit d'un retard du langage par aphasie en rapport avec des lésions cérébrales indiscutables. Dans le troisième, le mutisme est symptomatique d'une schizophrénie infantile. Le narco-diagnostic a permis de mettre en évidence un syndrome d'automatisme mental et une dissociation intellectuelle. Dans le quatrième cas, le mutisme est psychogène et semble lié à un traumatisme affectif du premier âge ou à un type particulier d'éducation maternelle trop protectrice. A noter qu'aucun de ces cas n'est simple car il y a presque toujours une intrication des divers facteurs. Au traitement médicamenteux doit toujours s'associer une rééducation motrice.

L. Marchand.

Le pré-dormitum, par M. Critchley. *Revue neurologique* (numéro consacré au jubilé du docteur André Thomas), t. 93, n° 1, 2e semestre 1955, p. 101 (en anglais).

On peut discerner trois périodes dans le sommeil : le pré-dormitum, le sommeil proprement dit, le post-dormitum. Le pré-dormitum est une période qui diffère d'une personne à l'autre. Elle est généralement courte chez la plupart des personnes de nature vigoureuse et active. Elle est toute différente, bien plus longue, chez les sujets sensibles, minces et préoccupés. Chez les personnes normales, le cours des idées se modifie au cours du pré-dormitum, et souvent d'une façon intéressante ; les réflexions deviennent de plus en plus agréables, et si elles prennent un caractère absurde, un contrôle s'exerce pour les ramener à un plan plus rationnel. On peut être l'objet durant cette période de modifications de l'image de notre corps. Certains sujets font usage de médicaments barbituriques. Après leur suppression, il leur est de plus en plus difficile de s'endormir sans leur emploi. Le pré-dormitum peut même s'accompagner de secousses dans les membres, d'une véritable agitation motrice. Ces symptômes, dont la pathologie est inconnue, peuvent aussi s'observer chez certains sujets normaux qui viennent consulter le médecin. Ils sont atteints du syndrome d'Ekbrom, qui peut ne survenir que durant le sommeil nocturne, laissant le sujet ne se reposer que durant une sieste diurne. Un autre phénomène que l'on peut observer durant le pré-dormitum consiste en hallucinations hypnagogiques, qui pren-

nent parfois un caractère terrifiant. Les secousses myocloniques peuvent s'observer chez des personnes normales ; quand elles sont violentes et fréquentes, elles indiquent une prédisposition épileptoïde. L'auteur fait une revue de toutes les affections morbides dont les symptômes douloureux s'exagèrent durant le pré-dormitum : douleurs névritiques, brachialgie, acroparesthésie, états vertigineux, migraines, artérite temporale, hypertension maligne. Certains épileptiques ont surtout des accès à cette phase de l'endormissement. L'auteur souhaite qu'une étude plus clinique des modalités du sommeil soit entreprise dans la communauté.

L. Marchand.

Sociologie de l'origine du contact affectif (Sociologia del origen del contacto afectivo), par G. Bally (de Zürich). (*Revista de psicologia general y aplicada*, Madrid, vol. 9, n° 29, p. 9-29, 1954).

Le rôle du contact affectif est très important dans le développement humain et dans l'établissement des rapports sociaux. La première étape, une des plus importantes, est le contact du nouveau-né avec sa mère. Ensuite, se créent les relations avec les autres sujets, en particulier, les compagnons de jeux. Enfin, intervient la prise de conscience de soi-même, par le phénomène du miroir. La valeur sociale de l'éducation de la propreté est mise en évidence, ainsi que les conséquences pathogènes de certaines carences affectives. Les conditions de la vie actuelle, empêchant souvent à la mère de s'occuper de son enfant, font craindre l'apparition des troubles psychiques dans la nouvelle génération. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Contribution à l'étude des syndromes pariétaux et des hypercinésies rotatoires. Épilepsie rotatoire et automatose de Zingerle. (Contributo allo studio delle sindromi parietali e delle ipercinesie rotatorie. Epilessia rotatoria e automatosi di Zingerle), par Franco De Franco (de Messine). (*Il cervello*, 30e année, n° 4, p. 257-282, 15 juillet 1954).

L'auteur, à propos d'un cas, étudie les hypercinésies rotatoires dépendant de lésions du lobe pariétal. Il met en évidence la ressemblance symptomatique et pathogénique entre l'épilepsie rotatoire et l'automatose de Zingerle. Il développe ensuite l'interprétation des hypercinésies, des troubles hallucinosiques et des modifications du schéma corporel, tels qu'ils s'observent dans ces deux syndromes. Une large revue de la littérature correspondante appuie l'exposé. Une figure. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Lutte antituberculeuse à l'hôpital Saint-Michel Archange, par J.-Emile Labrecque. (*Laval médical*, Québec, vol. 19, n° 6, un extrait de dix pages, juin 1954).

L'auteur indique les conditions de lutte contre la tuberculose à l'hôpital Saint-Michel-Archange. Les examens systématiques montrèrent 12,6 % de tuberculose chez les femmes, 16,9 % chez les hommes. Sur l'ensemble, il y avait 224 formes actives. Pour les nouveaux malades mentaux arrivant à

l'hôpital, il y a 6,9 % de bacillaires. De janvier 1950 à juillet 1953, 3.910 malades furent admis ou réadmis, présentant dans 89,5 % des cas une réaction positive à la tuberculine. Les sujets à cuti-réaction négative ont été soumis au B.C.G. Il y eut parmi ces vaccinés 4,8 % de tuberculose ultérieure. La mortalité tuberculeuse est passée de 25,9 % en 1950, à 5,6 % en 1953 (six premiers mois). Le traitement actuel comprend : un gramme de dihydrostreptomycine, deux fois par semaine, P.A.S., isoniazide. La collapsothérapie est faite si nécessaire. L'auteur souhaite la création d'un sanatorium pour malades mentaux tuberculeux, comme dans l'Ontario.

V.-J. Durand.

Une des questions à l'ordre du jour de la physiologie des hémisphères cérébraux, par I.-P. Pavlov. (*Cahiers de médecine soviétique*, 1re année, n° 4, p. 3-5, avril 1954).

Il s'agit de la traduction d'un article paru dans le tome I, volume 1, de la *Revue de neurologie et psychiatrie*, 1923, p. 25-26. L'auteur y étudiait l'activité simultanée des deux hémisphères cérébraux. Rappelant les faits de suppléance fonctionnelle après l'ablation d'un hémisphère, il évoquait les expériences de K. M. Bikov montrant l'impossibilité d'observer, dans certaines excitations cutanées chez l'animal, la différenciation des points symétriques du corps dans la recherche des réflexes conditionnels. Il proposait l'étude des réflexes conditionnels chez les animaux, après destruction des jonctions commissurales inter-hémisphériques.

V.-J. Durand.

Observations anatomo-cliniques sur la sclérose tubéreuse, par Hugo Nœtzel et Christiane Noetzel (de Fribourg-en-Brisgau). (*Jornal brasileiro de psiquiatria*, vol. 3, n° 2, p. 137-165, 1954).

Dans une fratrie de onze enfants sont observés trois cas de sclérose tubéreuse, le père ayant une forme fruste. La première fille présente, en outre, une tumeur rénale, une dextrocardie ; la seconde une affection moins accentuée ; un fils mort à 20 ans montrait à l'autopsie des angiofibromyomes des reins, des lésions cérébelleuses, de petits angiomes capillaires du lobe frontal. Rappelant les symptômes classiques de la maladie, les auteurs discutent les rapports des quatre phacomatoses : sclérose tubéreuse, maladies de Recklinghausen, Sturge-Weber-Krabbe, von Hippel-Lindau. Onze figures. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Techniques de sommeil prolongé en psychiatrie. (Tecnicas de sono prolongado en psiquiatria), par Lysanias Marcelino da Silva, W. Zusman et E. Portella Nunes (*Jornal brasileiro de psiquiatria*, vol. 3, n° 2, p. 166-182, 1954.)

Rappelant les techniques actuelles de sommeil prolongé, les auteurs montrent l'intérêt des ganglioplégiques, soit isolés, soit comme potentialisateurs de barbituriques. Ils comparent les méthodes de sommeil continu et discontinu. Ils présentent enfin deux cas : une dépression involutive nettement améliorée par le traitement, une schizophrénie catatonique demeurée inchangée. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

La maladie et l'œuvre de deux pontifes de l'impressionnisme. (A doença e a obra de dois pontifices do impressionismo), par J. Alvés Garcia. (*Jornal brasileiro de psiquiatria*, vol. 3, n° 2, p. 183-198, 1954).

Faisant la pathographie de Van Gogh et de Gauguin, l'auteur considère le premier comme un schizoïde, ayant évolué ensuite vers la schizophrénie catatonique ; pour le second, il retrace l'apparition à 43 ans d'une crise vraisemblablement climatérique avec production artistique abondante et terminaison par une schizophrénie paranoïde. L'impressionnisme apparaît comme traduisant une crise de la culture occidentale. L'étude de la production picturale d'artistes comme Van Gogh et Gauguin peut se montrer très instructive pour comprendre l'esthétique moderne. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Études sur la neuro-cysticercose. III. Formes cliniques peu fréquentes de cysticercose cérébrale. (Estudios sobre neuro-cisticercosis. III. Formas clinicas poco frecuentes de cisticercosis cerebral), par J.-O. Trelles et S.-D. Roendenbeck. (*Revista de neuro-psiquiatria*, Lima, t. 17, n° 1, p. 15-26, mars 1954).

Le tableau clinique classique de la cysticercose cérébrale comprend essentiellement : les crises convulsives, l'hypertension intracranienne, les troubles mentaux. L'intensité variable de l'infestation parasitaire, la localisation, l'importance des réactions locales et générales provoquées par le cysticerque lui-même, l'action de ses toxines, peuvent déterminer des formes cliniques dont les plus intéressantes sont : forme pseudo-bulbaire, forme épileptique avec automatismes psycho-moteurs, forme à type de pseudo-Korsakov. Trois observations sont rapportées. Sept figures.

V.-J. Durand.

Observations sur l'emploi du trihexyphenidyl (artane) dans les affections neurologiques de l'enfance. (Observaciones sobre el empleo del trihexifenidil (artane) en afecciones neurologicas de la infancia), par Emilio Majluf et Niza Chiok. (*Revista de neuro-psiquiatria*, Lima, t. 17, n° 1, p. 59-63, mars 1954).

Les auteurs présentent les premiers résultats constatés chez dix-huit enfants atteints d'affections neurologiques diverses par un traitement à l'artane. Dans les trois quarts des cas, est notée une amélioration clinique, sans phénomènes toxiques.

V.-J. Durand.

Un cas de toxoplasmose congénitale. (Un caso de toxoplasmosis congenita), par Fernando Cabieses Molina et R. Landa. (*Revista de neuro-psiquiatria*, Lima, t. 17, n° 1, p. 64-68, mars 1954).

Les auteurs décrivent un cas de toxoplasmose congénitale dont les signes principaux étaient : déficience mentale, chorio-rétinite, calcifications intracraniennes. Les épreuves sérologiques pour la toxoplasmose étaient positives. Bibliographie.

V.-J. Durand.

La psychiatrie sociale. (A psiquiatria social), par Roger Bastide. (*Arquivos do departamento de assistencia a psicopatas do Estado de Sao Paulo*, vol. 19 n° 1-2, p. 53-137, janvier-juin 1954).

Précisant l'objet et les méthodes de la psychiatrie sociale, l'auteur la définit comme « la science qui étudie le plus objectivement possible la place et le rôle des facteurs sociaux dans la recherche des causes des maladies mentales ». Actuellement très importante, la psychiatrie sociale nécessite la collaboration du psychiatre et du sociologue. Etudiant son développement, on voit qu'elle peut provenir, soit de la sociologie positiviste, envisageant l'influence de la société sur les maladies mentales, soit de la sociologie biologique, dérivée des travaux de Darwin et considérant l'influence inverse. Nombreux sont les problèmes envisagés par cette discipline : rôle des classes sociales, des facteurs économiques, des relations inter-humaines, de la civilisation sur les psychoses. L'étude de l'anthropologie culturelle et psychiatrique montre la relativité du normal et du pathologique. Très importants se montrent les rapports entre mentalité magique et conscience morbide. L'auteur termine par le rappel de travaux sur le rôle de l'immigration dans le déterminisme des troubles psychiques. Nombreuses références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Notions de psychopédagogie, par Félix Saulière. (*Revue pratique de psychologie de la vie sociale et d'hygiene mentale*, n° 2, p. 37-44, année 1954).

La pédagogie peut-elle devenir un art rationnel, ce que sous-entend le terme de psychopédagogie ? C'est ce que pense l'auteur, qui rappelle les principes des méthodes « d'éducation nouvelle », montrant que la psychopédagogie a rénové les procédés d'enseignement des enfants normaux. Elle s'est révélée profitable à la formation des enfants inadaptés. Son développement a provoqué la création d'organismes spéciaux comme les centres psychopédagogiques. Les perspectives d'avenir sont assez encourageantes.

V.-J. Durand.

Influence d'un dérivé de la phénothiazine (Largactil) sur l'activité électrique de l'encéphale du chien. (Influenza di un derivato della fenotiazina (largactil) sull' attività electrica dell' encefalo del cane). par C.-L. Cazzullo et A. Guareschi (de Milan). (*Rivista di neurologia*, vol. 24, fasc. 4, p. 602-632, juillet-août 1954).

Les auteurs, chez 15 chiens, ont injecté du largactil par voie intra-musculaire aux doses de 7 à 10 mgr., 15-16 mgr., 20-25 mgr. par kilogramme. Un enregistrement électro-encéphalographique a été fait pendant et après l'injection. On peut observer un ralentissement progressif du tracé, en rapport avec la diminution de l'état de vigilance de l'animal. D'intéressantes comparaisons peuvent être faites avec l'action de médicaments similaires (3277 R.P., 2987 R.P.). Les auteurs pensent que les modifications bioélectriques provoquées par la chlorpromazine sont liées à l'action sur différents niveaux du système polysynaptique réglant le sommeil physiologique. Dix-sept figures. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Symptomatologie ophtalmologique des tumeurs temporales. (Sintomatologia oftalmologica de los tumores temporales), par Tomàs Insausti et Alejandro Salleras. (*Neuropsiquiatria*, Buenos-Aires, vol. 3, n° 3-4, p. 143-157, décembre 1952).

Après un rappel du trajet des voies optiques dans la région du lobe temporal, les auteurs décrivent les signes ophtalmologiques trouvés dans une série de trente tumeurs temporales. Ils distinguent : troubles de la mobilité palpébrale, de la sensibilité cornéenne, de la mobilité oculaire extrinsèque et intrinsèque, exophtalmie, lésions du fond d'œil, acuité visuelle, altérations campimétriques, hallucinations visuelles. Dans l'ensemble, il y a œdème papillaire bilatéral avec acuité normale ou presque, conservation de la motilité oculaire intrinsèque, parfois atteinte des troisième et sixième paires craniennes, diminution du champ visuel. Onze figures. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Étude anatomoradiographique de la circulation veineuse diploïque chez l'homme. (Studio anatomoradiografico del circolo venoso diploico nell'uomo), par C. Stuart et M. Migliorini (de Sienne). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 43, fasc. 3, p. 415-448, 1954).

Les auteurs étudient la circulation veineuse du diploé au point de vue anatomique et radiographique. Employant l'injection par voie jugulaire, *post-mortem*, d'un produit opaque, et comparant avec les radiographies prises avant la préparation du crâne, ils ont pu obtenir une image de la circulation veineuse. Dans 28 % des cas, les canaux du diploé sont visibles ; dans 72 %, on a seulement une superposition sur le cliché des sillons des artères méningées des deux côtés. Sur la radiographie standard, on ne distingue que des canaux d'un calibre supérieur à un millimètre. Les veines ne sont pas visibles. Il ne semble pas y avoir de modification de la visibilité radiologique des éléments vasculaires osseux en rapport avec l'âge. Vingt-trois figures. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Facteur Rh et maladies mentales. (Fattore Rh e malattie mentali), par Carlo Romerio et Guiseppe Pacifico (de Sassari). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 43, fasc. 3, p. 515-522, 1954).

Des recherches faites sur la fréquence du facteur Rh chez les malades mentaux de la province de Sassari n'ont pas été en faveur de l'hypothèse admettant l'importance étiologique de l'incompatibilité materno-fœtale en psychiatrie. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Considérations sur quelques cas de dilatation de la cavité du septum lucidum. (Considerazioni su alcuni casi di dilatazione del cavo del setto pellucido), par Giovanni Fattovich (de Venise). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 43, fasc. 4, p. 653-672, 1954).

L'auteur décrit plusieurs cas de dilatation anormale de la cavité du septum lucidum et rappelle les conceptions émises au sujet de la formation de ces anomalies. Vingt figures. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Paralysie homolatérale des nerfs moteurs oculaire externe et facial au cours d'un zona auriculaire (Paralisi omolaterale dei nervi abducente e facciale in corso di herpes zoster auricolare), par V. Catalano et E. Imberciadori (de Sienne). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 43, fasc. 4, p. 673-679, 1954).

Les auteurs décrivent un cas de paralysie homolatérale du moteur oculaire commun et du facial apparue au cours d'un zona géniculé. Ils discutent le mécanisme causal de la double atteinte des nerfs craniens touchés admettant la lésion des noyaux au niveau du tronc cérébral. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Enregistrement photographique des mouvements oculaires au cours de phénomènes de mémoire, par F. Morel, P. Schifferli, J.-J. Burgermeister et P. Dick (de Genève). (*Bulletin der schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften*, vol. 10, fasc. 2, p. 135-142, 1954).

A l'aide d'une méthode optique d'enregistrement photographique des déplacements de la cornée, on obtient une image qui suit sensiblement les mouvements de l'axe visuel. On fait cette recherche pendant que le sujet suit du regard les contours d'une figure, puis quand il se représente de mémoire cette figure. Les particularités du tracé : pauses, saccades, direction, durée, se retrouvent dans les deux cas. Cette méthode peut renseigner sur les rapports de la mémoire avec la vision, avec les aspects moteurs et proprioceptifs de celle-ci, avec les modalités individuelles de transformation. Quatorze figures.

V.-J. Durand.

Le problème de la déficience mentale chez l'enfant dans la province de Québec, par Jean Delage. (*Laval médical*, Québec, vol. 19, n° 5, mai 1954, un extrait de douze pages).

Rappelant les principales indications de placement des arriérés suivant le degré du déficit mental, l'auteur montre combien l'équipement hospitalier de la province de Québec se révèle insuffisant. Il faut envisager plus de lits pour inéductables, davantage d'établissements médico-pédagogiques et de classes de perfectionnement annexées à des écoles pour enfants normaux. On peut estimer que 7 % de la population enfantine devraient recevoir un enseignement spécial.

V.-J. Durand.

La valeur de la recherche électroencéphalographique dans le syndrom de Sturge-Weber (Il valore dell'indagine letetroencefalografica nella sindrome di Sturge-Weber), par Carlo Perris (de Pavie). (*Il Cervello*, 30e année, n° 4, p. 329-341, 15 juillet 1954).

L'auteur présente un cas de syndrome de Sturge-Weber chez une fillette de 9 ans, avec signes pyramidaux déficitaires du même côté que l'angiome, ce qui est peu fréquent. Une longue étude est faite des données électroencéphalographiques. Il y a toujours intérêt à pratiquer l'enregistrement électrique, qui peut permettre parfois de localiser un foyer épileptogène.

Dans des cas favorables, il est possible d'enlever ce foyer. Trois figures. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Position de la chirurgie fonctionnelle (Posizione della chirurgia funzionale), par Gino Meneghel (de Feltre). (*Minerva medica*, 45e année, vol. 1, n° 46, 9 juin 1954, un extrait de douze pages).

L'auteur rapporte les résultats de 160 leucotomies transorbitaires pratiquées chez 151 malades. Discutant les arguments des adversaires de la psychochirurgie, il considère le traitement opératoire comme une méthode valable, à indications précises, sans gravité (un décès sur les 160 leucotomies). Certains symptômes sont plus particulièrement améliorés.

V.-J. Durand.

Recherches catamnestiques sur la tentative de suicide, par P. B. Schneider (de Lausanne). (*Bulletin der schweizerischen Akademie der Imédizimischen Wissenschaften*, vol. 10, fasc. 2, 1954, p. 143-155).

La mortalité générale de sujets hospitalisés de 1933 à 1940, dans les trois cliniques universitaires de Lausanne, pour tentatives de suicide s'est montrée, au bout de dix ans, supérieure à celle de l'ensemble de la population. Elle n'est pas due uniquement à un nombre plus élevé de suicides. Ceux-ci sont, cependant, plus fréquents que dans la population normale. Les différentes affections psychiques ont été en cause : au premier plan, les dépressions et les schizophrénies. L'hystérie peut intervenir. Les moyens d'exécution ont été variés. Fait important, après une tentative, le suicide ne se reproduit pas immédiatement, mais on observe un temps de latence de plusieurs mois à plusieurs années.

V.-J. Durand.

La « représentation de l'indistinct » dans les maladies mentales (La « rappresentazione dell'indistinto » nelle malattie mentali), par F. Biagiotti (d'Arezzo). (*Rassegna di neuropsichiatria*, vol. 8, n° 1, janvier-février 1954, p. 19-32).

L'auteur a étudié, chez cent sujets (adultes et enfants, normaux et psychopathes), la représentation graphique de l'indistinct. Il considère que cette épreuve, indépendante des notions strictes de forme et de contenu, est un moyen de révéler la personnalité. D'utiles comparaisons peuvent être faites entre adultes et enfants, ainsi qu'entre sujets normaux et malades mentaux, particulièrement schizophrènes. La méthode constitue une intéressante épreuve projective. Huit figures. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Syndrome dystonique hypercinétique par empoisonnement chronique au manganèse avec décadence mentale (Sindrome distonica ipercinetica da avvelenamento cronico da manganese con decadimento mentale), par G. B. Giordano (de Lucques). (*Rassegna di neuropsichiatria*, vol. 8, n° 1, janvier-février 1954, p. 33-54).

L'auteur présente un cas de syndrome dystonique hypercinétique, avec troubles de la station debout et de la marche, spasmes et clonies, troubles

du caractère et idées délirantes de persécution et de jalousie, survenant chez un homme de 36 ans. Six ans avant l'observation, le malade, prisonnier de guerre, avait travaillé pendant deux mois dans une fonderie et avait été exposé aux inhalations de manganèse. Des traces de ce corps furent retrouvées dans le sang à la spectrophotographie. Une révision de la question est faite à propos de ce cas. Trois figures. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Tentatives répétées de suicide (Repeated suicidal attempts), par I. R. C. Batchelor (d'Edimbourg). (*The British Journal of Medical Psychology*, vol. 27, n° 3, 1954, p. 158-163).

Sur une série de 200 cas de tentatives de suicide, chez 46 malades il y avait eu des tentatives antérieures. 14 % des malades présentaient des états dépressifs. Les épileptiques et les psychopathes se sont montrés particulièrement aptes à accomplir des tentatives multiples. La notion de réactions aiguës de frustration peut être utile pour expliquer le mécanisme de ces actes d'auto-agression. Certaines considérations sont formulées sur la conduite à tenir et la prévention de tels accidents.

V.-J. Durand.

Aspects cliniques de sclérose en plaques et de sclérose diffuse dans une même famille (Aspetti clinici di sclerosi a placche e di sclerosi diffusa in una stessa famiglia), par Antonino Sciorta (de Palerme) (*Il Cervello*, 30e année, n° 3, 15 mai 1954, p. 193-228).

L'auteur présente les observations de deux malades : le père âgé de 50 ans, la fille de 15 ans, atteints de sclérose en plaques. Ecartant la possibilité d'une paraplégie spasmodique familiale, il envisage chez le père, souffrant d'amblyopie et d'un affaiblissement intellectuel à marche rapide, l'hypothèse d'une maladie de Schilder. Les relations entre cette dernière affection et la sclérose en plaques sont rappelées. Dans les cas présents, l'auteur évoque une possible association intra-familiale des deux formes de leuco-encéphalite. Deux figures. Importante bibliographie.

V.-J. Durand.

Formes pures, combinées et de transition des hérédo-dégénérations familiales (Forme pure, combinate e di transizione delle eredo-degenerazioni familiari), par Aldo Rabassini (de Trévise). (*Il Cervello*, 30e année, n° 3, 15 mai 1954, p. 241-251).

Quatre observations d'une affection héréditaire sont notées dans une famille. L'auteur discute particulièrement deux cas. Il pense, pour l'un à une paraplégie spasmodique, pour l'autre à une ataxie cérébelleuse du type Pierre Marie, avec association chez les deux sujets à des symptômes de sclérose en plaques. Puis il rappelle les rapports des trois variétés essentielles d'hérédo-dégénérations : maladies de Strümpell, de Friedreich, de Pierre Marie. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Un cas de tentative de suicide (Un caso di tentato suicidio), par Ercole M. Rizzo (de Venise). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 43, fasc. 4, 1954, p. 685-717).

L'auteur décrit un cas de tentative de suicide chez un jeune homme, se basant sur l'étude de la personnalité et explorant la dynamique de son acte par la narco-analyse, le test de Tsédek, le Rorschach, le test de Murray. Appliquant les principes de la « Daseinsanalyse » de Binswanger, il interprète cette observation sur les bases de la conception anthropo-analytique. Il montre que l'évaluation des contenus idéo-affectifs, classés selon une relation de causalité ou considérés comme un incident pathologique sur le complexe psycho-physique du sujet, est insuffisante pour définir l'attitude concrète de ce dernier en face de la vie. Bibliographie.

V.-J. Durand.

La myoclonie-épilepsie d'Unverricht. Contribution clinique (La mioclono epilessia di Unverricht. Contributo clinico), par Ignazio Scarpitta (de Trapani). (*Rassegna di neuropsichiatria*, vol. 8, n° 2, mars-avril 1954, p. 130-148).

L'auteur décrit un cas de myoclonie-épilepsie d'Unverricht chez une jeune fille de 20 ans, dont un frère et une sœur souffrent de la même affection. Apparu à la puberté, le syndrome ne s'accompagnait pas de troubles psychiques, à l'exception d'une atteinte de la mémoire. Le gardénal a eu une action favorable, principalement sur les crises épileptiques. A propos de cette observation, est faite une révision de la littérature. Importante bibliographie.

V.-J. Durand.

Les déficients psychiques a l'âge évolutif. Sujets actifs, passifs et instruments de délit. (I minorati psichici nell'eta evolutiva. Soggetti attivi, passivi e strumenti di reato), par Enrico Altavilla (de Naples). (*Infanzia anormale*, nouvelle série, fasc. 6, avril-juin 1954, p. 147-162).

On doit envisager l'enfant déficient psychique, en médecine légale, comme auteur actif du délit (bien qu'il soit peu capable de diriger sa conduite), comme instrument du délit à cause de sa suggestibilité, qui permet son utilisation par des criminels, enfin comme sujet passif, en raison de sa faible capacité de défense. La conduite à tenir dépend de l'importance du déficit psychique.

V.-J. Durand.

Considérations thérapeutiques sur l'association de l'acide glutamique à un nouveau composé du phosphore organique (Phosphate de ditétraéthylammnonium) (Considerazioni terapeutiche sull'associazione dell'acido glutamico ad un nuovo composto di fosforo organico (fosfato di ditetraetilammonio), par Tommaso Campioni (de Sienne). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 43, fasc. 4, 1954, p. 730-770).

L'auteur expose les résultats obtenus, chez cinquante enfants arriérés, par l'administration d'une association de glutamate de calcium, de vitamine B, et de phosphate de ditétraéthylammonium. La plupart des enfants

ont obtenu de bons résultats, à la fois psychiques et somatiques. Cette association médicamenteuse mériterait d'être employée dans le traitement de l'oligophrénie.

V.-J. DURAND.

Comportement des protéines plasmatiques dans les psychoses maniaco-dépressives (Comportamento delle proteine plasmatiche nelle psicosi maniaco-depressive), par Offerto BERTOLINI (de Reggio Emilia). (*Rivista sperimentale di Freniatria*, vol. 78, fasc. 2, 30 juin 1954, p. 423-431).

Chez cinquante malades atteints de psychose maniaco-dépressive, l'auteur a observé, par la microméthode photo-électrique de Kingsley, une légère diminution du taux protéique, une diminution des albumines avec augmentation relative des globulines et inversion du quotient protéique. La dysprotidémie constatée ne semble en rapport ni avec la phase nosologique, ni avec l'âge, ni avec le type constitutionnel des malades. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Sur le quotient hémato-rachidien de l'acide oxalique dans la schizophrénie (Sul quoziente emato-rachideo dell' acido ossalico nella schizofrenia), par Antonino SCIORTA (de Palerme). (*Rivista sperimentale di Freniatria*, vol. 78, fasc. 2, 30 juin 1954, p. 391-408).

L'auteur montre l'importance de l'acide oxalique en pathologie humaine et surtout dans la genèse d'états psychopathiques, pour lesquels a été démontrée l'action étiopathogénique d'un processus de dysfonction hépatique. Chez quarante schizophrènes, les taux de l'acide oxalique dans le sang, dans le liquide céphalo-rachidien et le quotient hémato-rachidien, ont été recherchés. Dans les formes chroniques, l'existence d'un quotient élevé traduirait une diminution de la capacité sélective des plexus choroïdes. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Psychothérapie de groupe en clinique neuro-psychiatrique. (Psicoterapia di gruppo in clinica neuropsichiatrica), par Bruno FRICK. (*Rivista sperimentale di Freniatria*, vol. 78, fasc. 2, 30 juin 1954, p. 285-296).

L'auteur, se basant sur son expérience personnelle, montre la possibilité de pratiquer la psychothérapie de groupe dans une clinique neuro-psychiatrique universitaire. Il décrit l'organisation pratique du traitement, rappelant les indications, le choix des malades, la collaboration du personnel infirmier, les activités voisines. La méthode, employée comme complément des thérapeutiques somatiques, est capable de donner de bons résultats. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Quelques aspects de la psychopathologie de la schizophrénie (Some aspects of the psychopathology of schizophrenia), par Silvano ARIETI (de New-York). (*American Journal of Psychotherapy*, vol. 8, n° 3, juillet 1954, p. 396-414).

La socialisation de l'individu vient de la répression de symboles autistiques et de l'adoption des symboles de l'adulte. Chez le schizophrène, le

retour à l'autisme infantile est observé. Il y a trois stades évolutifs dans le syndrome délirant : l'introjection, l'assimilation, la projection. Pour aider le malade, il faut augmenter sa propre estime ; il faut lui faire comprendre le mécanisme de l'introjection. La conduite à tenir est différente suivant qu'il s'agit de formes paranoïde, hébéphrénique ou catatonique. Quelques observations sont rapportées. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Encéphalomyélite de Theiler : tentatives thérapeutiques (Encefalomielite di Theiler : tentativi terapeutici), par A. Giancotti et A. Rapisarda (de Rome). (*Rivista di neurologia*, vol. 24, fasc. 4, juillet-août 1954, p. 549-560).

L'hormone hypophysaire folliculo-stimulante possède, d'après les recherches des auteurs, une action de défense contre l'accroissement du virus de l'encéphalite de Theiler chez la souris. L'administration doit se faire à la fois par voie intra-musculaire et par injections intra-cérébrales. Si l'introduction parentérale de l'hormone a lieu quelques jours après l'inoculation, les signes cliniques sont retardés dans leur apparition. En raison de l'analogie entre le virus de l'encéphalomyélite de Theiler et ceux du groupe de la poliomyélite humaine, les auteurs envisagent une application thérapeutique de la folliculo-stimuline contre la maladie de Heine-Medin. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Les ostéoarthropathies des paraplégiques (Le osteoartropatie dei paraplegici), par Alberto Ederli (de Rome). (*Rivista di neurologia*, vol. 24, fasc. 4, juillet-août 1954, p. 585-601).

Une étude radiologique a été faite des articulations situées au-dessous des lésions médullaires chez 18 paraplégiques traumatiques. Dans sept cas, des ossifications pathologiques juxta-articulaires furent observées. Chez un malade, il y avait des altérations régressives importantes de l'articulation coxo-fémorale, associées aux ossifications. Des phénomènes semblables apparurent, dans un autre cas, à l'articulation scapulo-humérale. La pathogénie de ces modifications ostéo-articulaires est encore discutée. Six radiographies. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Aspects de la psychiatrie médico-légale (Aspectos de psiquiatria forense), par J. Solé Sagarra (de Reus. Espagne). (*Archivos de criminologia, neuro-psiquiatria y disciplinas conexas*, Quito, 2e série, vol. 2, n° 5, janvier-mars 1954, p. 3-19).

Montrant l'importance de la psychiatrie médico-légale, la valeur de la prophylaxie et de l'hygiène mentale de la délinquance, l'auteur envisage surtout la question de l'expertise psychiatrique, de la notion de la responsabilité civile et pénale au cours des maladies mentales. Les particularités correspondant à chacun des syndromes sont successivement décrites. En appendice, sont rappelées les dispositions des droits civil et pénal espagnols.

V.-J. Durand.

La psychologie différentielle de G. Wallon (A psicologia diferencial de G. Wallon), par João dos Santos. (*Anais ortugueses de psiquiatria*, vol. 5, n° 5, décembre 1953, un extrait de six pages).

Cet article rappelle à l'occasion de la mort, le 25 mars 1953, de Mme Germaine Wallon, femme du professeur Henri Wallon, les principes de la psychologie différentielle décrits par elle. Il s'agit, suivant ses conceptions, d' « une branche de la psychologie qui étudie les diverses catégories à travers lesquelles se détermine la personnalité ». Elle en fait surtout l'application dans ses recherches chez l'enfant, par des enquêtes montrant les différentes modalités de définition de certaines notions (bonté, méchanceté, malhonnêteté, courage, honte), suivant l'âge et suivant le sexe. La diversité des réponses obtenues est pleine d'enseignements.

V.-J. Durand.

La réaction de Gros dans l'épilepsie (La reazione di Gros nella epilessia), par Luigi Corni (de Castiglione delle Stiviere). (*Rassegna di neuropsichiatria*, vol. 8, n° 1, janvier-février 1954, p. 55-68).

Pratiquant chez des épileptiques essentiels la réaction de Gros, l'auteur a obtenu des résultats positifs dans 92,36 % des cas. Chez des malades atteints de crises convulsives, non épileptiques, il n'y eut que 25 % de réponses positives. Chez des sujets soumis à l'électro-choc, la réaction de Gros fut négative. Comme d'autres, l'auteur pense que cette réaction est l'expression non seulement d'une atteinte hépatique, mais de toute atteinte, même qualitative, de l'état colloïdo-protéique du sérum. La positivité de la réaction de Gros peut constituer un intéressant élément pour le diagnostic de l'épilepsie essentielle, en particulier, au point de vue médico-légal. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Toxicomanie et délinquance (Toxicomania y delicuencia), par Guillermo Uribe Cualla (de Bogota). (*Archivos de criminologia, neuro-psiquiatria y disciplinas conexas*, Quito, 2e série, vol. 2, n° 5, janvier-mars 1954, p. 20-50).

Montrant le rôle important des toxicomanies et, en particulier, de l'éthylisme sur la fréquence des délits, l'auteur s'arrête spécialement aux problèmes de l'alcoolisme en Colombie, ainsi qu'au développement de la consommation de marihuana (*cannabis sativa*). Il rappelle l'ampleur de ces fléaux sociaux en Amérique du Sud et indique les mesures législatives et les méthodes d'hygiène mentale qui pourraient en combattre les méfaits.

V.-J. Durand.

Thrombose de la carotide interne (Trombosis de la carotida interna), par Reina do Poblete G. et Raoul Steimlé V. (de Santiago du Chili). (*Archivos de criminologia, neuro-psiquiatria y disciplinas conexas*, Quito, 2e série, vol. 2, n° 5, janvier-mars 1954, p. 66-110).

Les auteurs présentent huit cas de thrombose de la carotide interne diagnostiqués par l'artériographie et un de thrombose des carotides primitive et interne droites, reconnu cliniquement et confirmé chirurgicalement. Après

un début, soit brusque, soit progressif, apparaissent des signes moteurs, sensitifs, des troubles du langage, plus rarement des perturbations visuelles, des céphalées, des convulsions, des troubles mentaux. L'artériographie est un élément essentiel du diagnostic. Le facteur causal principal semble l'artériosclérose. Le pronostic est sérieux. Le traitement antispasmodique doit être précoce. Trente-quatre figures. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Considération sur l'assistance neuro-psychiatrique en U.R.S.S. (Consideraciones sobre la asistencia neuropsiquiatrica en la U. R. S. S.), par Jorge Thenon (de Buenos-Aires). (*Revista latino-americana de psiquiatria*, 3e année, n° 11 avril 1954, p. 6-13).

A la suite d'un voyage en U.R.S.S., fait par lui avec d'autres médecins argentins, l'auteur décrit l'organisation des hôpitaux psychiatriques de la région de Moscou visités, ainsi que les thérapeutiques appliquées. Parmi celles-ci, la cure de sommeil occupe une place importante, mais les méthodes de traitement électrique (telles le sommeil électrique par exemple), la balnéothérapie, l'ergothérapie, la psychothérapie rationnelle sont très employées. Les consultations dans des dispensaires de district jouent un grand rôle, à la fois pour le dépistage et pour les soins à des nombreux malades non hospitalisés.

V.-J. Durand.

Expérience avec l'opération de Camblor dans le traitement des troubles déficitaires cérébraux dans l'enfance (Experiencia con la operacion de Camblor en el tratamiento de los trastornos deficitarios cerebrales en la infancia), par R. Poblete G., L. Capdeville C., Simon Markovich Ch. (de Santiago du Chili). (*Revista latino-americana de psiquiatria*, 3e année, n° 11, avril 1954, p. 14-29).

Différente de celle de Beck (anastomose jugulo-carotidienne), l'opération de Camblor (de Cordoba, Argentine), est une ligature de la carotide externe avec sympathectomie péri-carotidienne bilatérale. Pratiquée chez 31 enfants présentant des signes de déficit cérébral, elle donna 17 améliorations marquées, 12 résultats inchangés, 2 aggravations. L'étude s'appuya sur un examen psychométrique, électro-encéphalographique, ainsi que sur la comparaison du comportement de l'enfant avant et après l'intervention. Aucun incident organique post-opératoire ne fut observé. Bibliographie. Quatorze figures.

V.-J. Durand.

La goutte (observation clinique), par Marcel Bouchard. (*Laval médical*, Québec, vol. 19, n° 6, juin 1954).

Après un rappel des notions essentielles sur la goutte, l'auteur rapporte une observation concernant un malade de 46 ans, débile, sourd-muet, avec processus mixte, rhumatismal et goutteux, évoluant depuis neuf ans malgré tous les traitements. Il y a évolution récente d'une glomérulo-néphrite. On peut discuter l'étiologie des troubles présentés par le malade, troubles apparus, de toute façon, sans qu'un excès alimentaire puisse être invoqué. Les

rapports de la goutte et du rhumatisme articulaire sont, également, à considérer. Trois figures.

V.-J. Durand.

Artériographies dans les hémiplégies d'origine vasculaire (Arteriografias en hemiplejias de origen vascular), par J.-O. Trelles, E. Rocca, S. D. Roedenbeck et E. Monteagudo. (*Revista de neuro-psiquiatria*, Lima, t. 16, n° 4, décembre 1954, p. 361-375).

Une étude artériographique a été faite dans cinquante cas d'hémiplégies d'origine vasculaire (24 droites, 16 gauches et 10 chez des pseudo-bulbaires). Dans 78 % des cas, les images furent démonstratives, permettant de préciser l'importance de la lésion et parfois son étiologie. On peut remarquer que les lésions unilatérales corticales et localisées donnent des artériographies le plus souvent positives, tandis que les lésions cliniquement capsulaires donnent des résultats négatifs ou discordants. L'exploration a été bien tolérée, même chez des malades âgés et hypertendus. Huit figures.

V.-J. Durand.

Signification et fonctions du centre médico-psycho-pédagogique (Significato e funzioni del centro medico-psico-pedagogico), par Giuseppe Giulio Giordano (de Naples). (*Infanzia anormale*, nouvelle série, fasc. 6, avril-juin 1954, p. 207-218).

Rappelant les principes du fonctionnement des centres médico-psycho-pédagogiques, l'auteur montre leur rôle essentiel dans les organisations d'hygiène mentale infantile. Quelques considérations sont faites sur la composition de l'équipe qui doit assurer la direction de ces centres. La formation spéciale du personnel est envisagée.

V.-J. Durand.

Conflit intrasystémique (Intrasystemic conflict), par Thomas Hora (de New-York). (*American journal of psychotherapy*, vol. 8, n° 2, avril 1954, p. 245-250).

Le conflit intrasystémique est celui qui survient à l'intérieur de chacun des systèmes structuraux psychiques : moi, ça, surmoi. L'existence d'une telle variété de conflit peut constituer un utile critérium pour apprécier la force du moi, les capacités de lutte et de défense, la possibilité d'une évolution favorable en cas de troubles mentaux. Il y a donc une valeur pronostique certaine à attacher à ce conflit. Une telle conception est ainsi capable d'intervenir utilement pour la conduite convenable de la psychothérapie. Un exemple est rapporté.

V.-J. Durand.

Le test de Duess (The Duess test), par Hilde L. Mosse (de New-York). (*American journal of psychotherapy*, vol. 8, n° 2, avril 1954, p. 251-264).

Après avoir décrit le test des fables de Louisa Duess, l'auteur se basant sur l'étude de cinquante enfants, examinés à la Lafargue Clinic, montre l'intérêt de cette épreuve. Elle permet de compléter la connaissance du

jeune malade, révèle certains complexes peu apparents, précise diverses caractéristiques psychiques. Quelques exemples sont rapportés. Il est parfois intéressant d'ajouter au test le dessin sur les sujets des fables. Quatre figures. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Contribution à l'étude du noyau supraoptique accessoire de l'homme. (Topographie, numérations cellulaires), par L. Gregoretti (de Gênes). (*Acta neurovegetativa*, Vienne, t. X, n° 1-2, 1954, un extrait de vingt pages).

Cette étude, faite à la clinique psychiatrique de Genève, porte sur 26 hypothalamus. Le noyau supraoptique accessoire apparaît dès le cinquième mois de la vie fœtale, il n'a pas manqué sur les cerveaux examinés, paraît peu varier avec l'âge ; le nombre des cellules va d'un maximum de 5.372 à un minimum de 1.208. Il n'a pas été possible de retrouver de relations éventuelles entre les différences numériques et certaines caractéristiques individuelles. Huit figures. Bibliographie.

V.-J. Durand.

La sélection des déficients psychiques du point de vue pédagogique (La selezione dei minorati psichici dal punto di vista pedagogico), par Iolanda Cervellati. (*Infanzia anormale*, nouvelle série, fasc. 6, avril-juin 1954, p. 181-194).

Les premiers examens de dépistage des enfants déficients doivent commencer à l'école maternelle ; la notion de sélection en vue de la récupération doit toujours primer celle de scolarité, qui ne satisfait pas entièrement les exigences orthopédagogiques. L'école doit être un centre de recherche, de contrôle, d'examen des déficients collaborant largement avec le dispensaire.

V.-J. Durand.

Étude sur le comportement de l'oligodendroglie dans la sclérose en plaques (Studio sul comportamento dell'oligodendroglia nella sclerosi a placche), par Franco Barontini (de Florence). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 43, fasc. 3, 1954, p. 465-478).

Dans trois cas de sclérose en plaques, l'étude de l'oligodendroglie montre que cette formation ne présente pas seulement des signes dégénératifs au niveau des plaques, mais également des marques d'hyperplasie et d'hypertrophie. Parfois apparaissent des amas de cellules granulaires. La sclérose en plaques serait à rattacher aux affections du système nerveux central du type dégénératif plutôt qu'inflammatoire. Cinq figures. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Altérations anatomo-pathologiques de la moelle dans la toxoplasmose expérimentale aiguë chronique (Alterazioni anatomo-patologiche del midollo nella toxoplasmosi sperimentale acuta e cronica), par Camilla Grassano (de Pavie). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 43, fasc. 2, 1954, p. 339-359).

Après une importante revue de la littérature sur la toxoplasmose humaine, l'auteur étudie les altérations anatomo-pathologiques observées, chez le

lapin, dans la maladie expérimentale à évolution, soit aiguë, soit chronique. Huit figures. Bibliographie étendue.

V.-J. DURAND.

Stigmates cutanés des mystiques, par R. BARTHÉLEMY (*Le bulletin médical*, 68e année, n° 17, 30 septembre 1954, p. 362-364).

L'auteur, évoquant les cas de stigmates observés chez Marie-Julie Jahenny et chez Thérèse Neumann, étudie plus particulièrement Louise Lateau, née le 30 janvier 1850, à Bois-d'Haine (entre Mons et Charleroi), et sur laquelle le Dr F. Lefebvre publia à Louvain en 1870, chez Peeters, un ouvrage détaillé: « Louise Lateau de Bois-d'Haine. Sa vie, ses extases, ses stigmates. Etude médicale ». Il est intéressant de comparer les stigmates précordial, palmaires, plantaires et frontaux se reproduisant chaque vendredi spontanément avec les phénomènes décrits chez saint François d'Assise. L'auteur conclut : « ...outre la genèse de stigmates irrécusables s'expliqueraient, par la profondeur et les répercussions d'un souverain sentiment religieux (lequel a souvent fait des martyrs souriants), les perturbations physio-pathologiques, dûment constatées dans le rythme du cœur, de la respiration, dans la sensibilité et la conscience ».

V.-J. DURAND.

Un cinquantenaire néfaste (14-2-1904 - 14-2-1954). Fou une fois, fou pour toujours (Un cinquantenario nefasto (14-2-1904 - 14-2-1954). Pazzo una volta, pazzo per sempre), par Gino MENEGHEL (de Feltre). (*Minerva medica*, 45e année, vol. 1, n° 13, 14 février 1954, un extrait de quatre pages).

A l'occasion du cinquantenaire de la loi du 14 février 1904, qui règle le placement des aliénés en Italie, l'auteur fait la critique de cette loi. Elle ne correspond pas aux nécessités actuelles et aux progrès de la psychiatrie. Impliquant l'intervention des autorités judiciaires, elle contribue parfois à retarder le placement des malades. L'auteur, comme différents psychiatres italiens (Boschi, Bonfiglio, Cerletti, Fiamberti, Puca, entre autres) en souhaite l'abolition.

V.-J. DURAND.

Enregistrement photographique des mouvements des globes oculaires dans différentes activités cérébrales, par F. MOREL, J.-J. BURGERMEISTER et P. DICK (de Genève). (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. 73, fasc. 1-2, 1954, p. 205-216).

Utilisant la méthode photographique imaginée par Schifferli, les auteurs ont procédé à l'enregistrement des mouvements oculaires chez des sujets normaux, dans les actes de fixer, de regarder un objet, de suivre le contour d'une figure, de se représenter un objet. En exécutant sa représentation, le sujet passe par un état conscient très semblable à celui qu'il éprouvait en présence de l'objet visuel. La présente étude peut permettre de comprendre les intrications sensorielles, visuelles et proprioceptives, ainsi que les phénomènes mnésiques. Trente figures.

V.-J. DURAND.

Considérations sur la méthodologie dans l'étude des délires, par Pedro da Silva Dantas (de São Paulo). (*Arquivos do departamento de assistencia a psicopatas do Estado de São Paulo*, vol. 19, nos 1-2, janvier-juin 1954, p. 5-28).

Dans ce mémoire, basé sur un travail accompli à la clinique des maladies mentales de la Faculté de médecine de Paris, l'auteur rappelle d'abord l'évolution des conceptions sur le mécanisme, la pathogénie, la structure des délires. Il envisage particulièrement le problème des hallucinations, puis décrit les traits essentiels qui caractérisent, d'une part, les formes de délires à marche aiguë, et d'autre part, les délires chroniques. Il s'appuie principalement sur les opinions émises sur le sujet lors du Congrès mondial de psychiatrie de Paris en 1950. Une voie d'approche du domaine des délires est proposée. Quelques observations recueillies à l'hôpital psychiatrique Sainte-Anne sont résumées.

V.-J. Durand.

Epilepsie diencéphalique amaurotique familiale (Epilessia diencefalica amaurotica familiare), par Mario La Loggia (d'Agrigente). (*Il cervello*, 30e année, n° 4, 15 juillet 1954, p. 297-308).

L'auteur rapporte un cas familial d'épilepsie diencéphalique amaurotique, qu'il rattache pathogéniquement à une fragilité primaire du système glandulaire endocrinien plutôt qu'à une débilité familiale congénitale de territoires déterminés du système nerveux. Il appuie ses recherches par des épreuves psychométriques et expérimentales (provocation de crises d'épilepsie par la technique de l'hydrémie provoquée de Mc Quarrie). Bibliographie.

V.-J. Durand.

Sur l'association intrafamiliale de rétinite pigmentaire, épilepsie et mélancolie (Sull' associazione intrafamiliare di retinite pigmentosa, epilessia e melancolia), par Antonino Sciorta (de Palerme). (*Rivista sperimentale di freniatria*, vol. 78, fasc. 2, 30 juin 1954, p. 265-284).

Dans une famille sont observés, en trois générations, sept cas de rétinite pigmentaire. Un des malades, étudié plus spécialement, présentait également des crises épileptiques. Un de ses frères était atteint de rétinite pigmentaire et de mélancolie avec suicide. Un troisième frère, sans signe de rétinite pigmentaire, s'était suicidé au cours d'un raptus mélancolique. Après une revue de la littérature sur les dégénérescences tapéto-rétiniennes et sur les syndromes neuro-oculaires, l'auteur souligne l'intérêt des cas présentés d'association de troubles oculaires, d'épilepsie et de mélancolie. Il y a intérêt à étudier les rapports de la dégénérescence tapéto-rétinienne et des affections héréditaires du système nerveux. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Contribution à la pathogénie des ophtalmoplégies syphilitiques (Contributo alla patogenesi delle oftalmoplegie luetiche), par V. Floris et P. Severini (de Rome). (*Rivista di neurologia*, vol. 24, fasc. 4, juillet-août 1954, p. 659-677).

Certaines ophtalmoplégies syphilitiques sont dues à une cause vasculaire. On peut les rapprocher de celles liées à des anévrysmes de la portion anté-

rieure du polygone de Willis. Les auteurs rapportent quatre observations avec étude angiographique. Dans trois cas existent de nettes lésions artérielles (dilatations segmentaires, thrombose). On peut penser à la survenue d'une hémorragie par fissuration, responsable des ophtalmoplégies transitoires. Douze figures.

V.-J. Durand.

Les examens pneumo-encéphalographique et angiographique dans l'épilepsie (Gli esami pneumo-encefalografico ed angiografico nell' epilessia), par G. Castorina et P. Severini (de Rome). (*Rivista di neurologia*, vol. 24, fasc. 4, juillet-août 1954, p. 561-572).

Les auteurs rapportent les données encéphalographiques et angiographiques concernant 433 malades atteints de manifestations épileptiques diverses. Ils envisagent les résultats statistiques en rapport avec le type de l'épilepsie, l'âge, la nature des lésions. Ils montrent l'utilité des deux méthodes d'examen.

V.-J. Durand.

Contribution de la pneumo-encéphalographie au diagnostic de l'atrophie cérébelleuse et cérébro-cérébelleuse (Contributo della pneumo-encefalografia alla diagnosi dell'atrofia cerebellare e cerebro-cerebellare), par G. Castorina et P. Severini (de Rome). (*Rivista di neurologia*, vol. 24, fasc. 4, juillet-août 1954, p. 573-584).

Examinant les résultats de la pneumo-encéphalographie dans cent cas d'atrophie cérébelleuse et cérébro-cérébelleuse, les auteurs montrent l'intérêt, à côté des signes radiologiques classiques, des mensurations du vermis et du pont de Varole, ainsi que de l'augmentation de volume de la grande citerne et du IV^e^ ventricule. Ils décrivent également certaines modifications de technique permettant une meilleure visualisation des sillons cérébelleux. Sept figures.

V.-J. Durand.

Sur un cas de confusion mentale avec tuberculose caséeuse des surrénales (Su di un caso di amenza con tubercolosi caseosa dei surreni), par Salvatore Russo (de Venise). *Il cervello*, 30^e^ année, n° 4, 15 juillet 1954, p. 283-296).

L'auteur décrit un cas de confusion mentale mortelle dans lequel l'examen anatomique montra une tuberculose caséeuse des deux surrénales, alors qu'aucun trouble épinéphrique n'avait été observé pendant la vie. Il rappelle les rapports entre symptômes psychiques et lésions des glandes surrénales, comme on les observe surtout dans la maladie d'Addison. Des hypothèses sont formulées pour expliquer l'absence de manifestations cliniques d'atteinte surrénalienne malgré une atteinte anatomique importante. On pourrait invoquer, en particulier, les conceptions de Selye sur le syndrome général d'adaptation. Quatre figures. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Observations sur la participation du système nerveux dans la béryliose expérimentale (Osservazioni sulla partecipazione del sistema nervoso nella berilliosi sperimentale), par R. Laricchia et P. Beretta (de Milan). (*Il cervello*, 30e année, n° 4, 15 juillet 1954, p. 309-328)

Des recherches ont été faites par les auteurs sur les altérations du système nerveux central dans l'intoxication par le béryllium, réalisée avec diverses modalités expérimentales (introductions intrapéritonéale, intracardiaque, sous-occipitale). Ils concluent en montrant que les lésions observées ne sont ni caractéristiques, ni spécifiques, qu'elles semblent limitées à des réactions générales de souffrance cellulaire et vasculaire, absolument superposables à celles consécutives à des intoxications par d'autres métaux légers. Dix figures. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Sur un cas de névralgie du glosso-pharyngien (Su di un caso di nevralgia del glosso-faringeo), par Antonino Carpitella (de Trapani). (*Il cervello*, 30e année, n° 5, 15 septembre 1954, p. 407-412).

A propos d'un cas, observé chez une malade de 66 ans, de névralgie du glosso-pharyngien, l'auteur fait une revue de la question, insistant spécialement sur la rareté de cette forme de névralgie et sur les actuelles connaissances étiologiques. Dans le cas présent, peut être invoquée, au point de vue pathogénique, l'hypertension artérielle (20-11). Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Sur une donnée histopathologique particulière dans un cas de maladie d'Alzheimer-Pérusini (Su di un particolare reperto istopatologico in un caso di malattia di Alzheimer-Perusini), par Giovanni Fattovich (de Venise). (*Il cervello*, 30e année, n° 5, 15 septembre 1954, p. 345-360).

L'auteur décrit, de façon détaillée, surtout au point de vue histologique, un cas de maladie d'Alzheimer-Perusini à longue évolution, avec présence de plaques séniles, mais absence d'altérations en tourbillons des formations neuro-ganglionnaires corticales. Pour la plus grande partie, les cellules nerveuses corticales résiduelles étaient en proie à un processus de dégénérescence à petits grains. Vingt-huit figures. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Notes sur le thème de l'artérite temporale (Appunti in tema di arterite temporale), par Angelo Della Beffa (de Milan). (*Il cervello*, 30e année, n° 5, 15 septembre 1954, p. 393-406).

Un cas d'artérite temporale est décrit, avec symptômes isolés, sans atteinte générale du système vasculaire. Il semble à rattacher à une étiologie allergique. Faisant une rapide revue de la littérature, l'auteur soutient que la souffrance de l'artère temporale superficielle ne peut être rattachée au syndrome décrit par Hurton. Il la considère comme dépourvue de spécificité et commune à de nombreuses artériopathies. Bibliographie.

V.-J. Durand.

L'acide glutamique en thérapeutique (O àcido glutâmico na terapêutica), par João Dos Santos (*Cadernos cientificos*, vol. 3, n° 3, janvier 1954, p. 277-292).

Rappelant les travaux antérieurs sur les indications et les résultats de l'utilisation de l'acide glutamique, l'auteur décrit quelques observations personnelles. L'efficacité reconnue a été moindre que celle classiquement signalée. L'emploi de l'acide glutamique dans la cure du coma hépatique est décrit. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

L'esprit et ses relations au « psyche-soma » (Mind and its relation to the psyche-soma), par D. W. Winnicott (*The british journal of medical psychology*, vol. 27, n° 4, 1954, p. 205-209).

Dans l'état de santé, le moi est basé sur la naissance du psyché-soma. L'activité mentale est un cas spécial du fonctionnement du psyché-soma. Il n'y a pas de localisation précise pour l'esprit lui-même. Pour un bon déroulement des fonctions mentales, il faut une adaptation correcte à l'environnement et une réduction des traumatismes. S'il est logique d'opposer psyché et soma, développement affectif et développement corporel d'un individu, il n'est pas logique d'opposer mental et physique.

V.-J. Durand.

Signification et valeur de l'électro-encéphalographie dans le domaine psychiatrique (Significato e valore della elettro-encefalografia in campo psichiatrico), par Paolo Pinelli (de Pavie). (*Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 15e année, fasc. 4-5, juillet-octobre 1954, p. 355-375).

Chez les malades psychiques, les tracés électro-encéphalographiques sont anormaux dans 40 % des cas, par causes organiques ou dysfonctions cérébrales plus ou moins marquées. Parmi les principales anomalies, on peut citer celles liées à l'épilepsie (à distinguer de l'hyperexcitabilité neuronique et des paroxysmes non épileptiques) et celles dues à l'immaturité cérébrale (à séparer des anomalies régressives et de la libération des centres nerveux inférieurs). L'électro-encéphalogramme peut donner des renseignements fondamentaux sur la nature de certains troubles encéphaliques considérés actuellement comme « essentiels ». Mais il ne faut pas trop en attendre en psychiatrie. Il faut en connaître les limites. Huit figures (tracés). Bibliographie.

V.-J. Durand.

La prévention de la criminalité dans les établissements spéciaux (Von der Verbrechensverhütung in Anstalten), par A. Kielholz (d'Aarau). (*Gesundheit und Wohlfahrt. Revue suisse d'hygiène*, 34e année, n° 6, juin 1954, p. 283-297).

Le traitement et la prophylaxie de la criminalité doivent tenir compte de ses causes : hérédité, alcoolisme, maladies mentales, psychopathies, névroses, perversions. La prophylaxie nécessite l'observation et le traitement des criminels dans des établissements psychiatriques et pénitentiaires avec un

personnel spécialisé. Tous les procédés de traitement doivent être associés à la psychothérapie. Dans les prisons, l'organisation des loisirs est un élément important. De toute façon, il faut prévoir une aide sociale patiente et attentive dès la sortie pour chercher à éviter les rechutes et prévenir les actes anti-sociaux. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Angio-réticulomes cérébraux. Contribution clinique et angiographique (Angioreticulomi cerebrali. Contributo clinico e angiografico), par V. Floris, P. Severini et G. Castorina (de Rome). (*Rivista di neurologia*, vol. 24, fasc. 4, juillet-août 1954, p. 642-658).

Deux cas d'angioréticulomes sont présentés : l'un de l'hémisphère cérébral gauche, l'autre de l'hémisphère cérébelleux droit. L'angiographie montre des aspects qui varient avec la structure histologique de la tumeur. Les angioréticulomes kystiques ou mixtes donnent des images typiques dues à la présence de kystes avasculaires à l'intérieur de la masse néoplasique. Quant aux angioréticulomes capillaires, ils rappellent beaucoup, au point de vue angiographique, l'aspect des méningiomes. Le diagnostic différentiel en est plus difficile. Onze figures. Bibliographie.

V.-J. Durand.

La psychothérapie de groupe (La psicoterapia di gruppo) par Vincenzo Conigliaro et Oscar Pelzman (de Palerme et de New-York). (*Il cervello*, 30e année, n° 5, 15 septembre 1954, p. 361-392).

Les auteurs font d'abord quelques commentaires sur les principes de la psychothérapie de groupe, montrant ses étroits rapports avec les conceptions sociales de la psychiatrie nord-américaine. Ils tracent ensuite un historique de la méthode rappelant, en particulier, le rôle des pionniers : Pratt, Marsh, Moreno. Ils mentionnent les nombreuses organisations américaines, développant une activité thérapeutique et préventive de groupe. Ensuite, sont discutés les problèmes dynamiques de la psychothérapie de groupe et surtout : mécanismes de cohésion du groupe, dynamismes thérapeutiques, caractéristiques d'un groupe en activité. Les différents types de psychothérapie de groupe sont alors décrits avec les traits qui les distinguent : qualités des membres, structure et stabilité du groupe, rôle du thérapeute, atmosphère, techniques employées. Enfin sont comparées, avec leurs avantages et inconvénients respectifs, la psychothérapie individuelle et la psychothérapie de groupe.

V.-J. Durand.

Les services psychothérapiques de groupe dans un hôpital psychiatrique américain (I servizi psicoterapeutici di gruppo in un ospedale psichiatrico americano), par Vincenzo Conigliaro (de Palerme) et Oscar Pelzman (de New-York). (*Il Cervello*, 30e année, n° 6, 15 novembre 1954, p. 459-484).

Les auteurs décrivent l'organisation des services de psychothérapie de groupe au Central Islip State Hospital à New-York. Ils précisent la structure des groupes, le rôle des thérapeutes, la dynamique et le déroulement pratique du traitement. On peut distinguer diverses structures, mais dans

l'ensemble il faut se montrer relativement éclectique. La psychothérapie de groupe, à laquelle participent non seulement les psychiatres et les psychanalystes, mais aussi les assistantes sociales et les infirmières, constitue une méthode intéressante à appliquer dans les services des hôpitaux psychiatriques. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Effets à distance de la leucotomie préfrontale chez des malades mentaux (Esiti a distanza della leucotomia prefrontale nei malati di mente), par Eugenio Cirincione (de Trapani). (*Il Cervello*, 30e année, n° 6, 15 novembre 1954, p. 485-495).

Quatre ans après l'opération, les résultats de trente-trois leucotomies (cinq suivant la méthode d'Egas Moniz, vingt-sept par la technique transorbitaire de Fiamberti, une associant les deux procédés), ont été peu favorables. Dans trois cas seulement l'amélioration a été suffisante et persistante pour permettre le maintien dans le milieu familial. Pour d'autres malades, la sédation des troubles fut seulement transitoire. Chez une schizophrène, des crises épileptiques apparurent deux ans après l'intervention. Les indications de la psychochirurgie doivent donc être posées avec une grande prudence.

V.-J. Durand.

Traitement des états psychotiques d'agitation par l'électrochoc coramine, (Tratamiento de los estados psicoticos de agitacion por el electroshok-coramina), par Julio Endara et J. Ariolfo Carrasco. (*Archivos de criminologia neuropsiquiatria y disciplinas conexas*, Quito, deuxième époque, vol. 1, n° 3, juillet-septembre 1953, p. 273-281).

Les auteurs montrent l'intérêt de l'emploi de coramine intraveineuse injectée à la dose de 5 cm³ avant l'électro-choc. Cette méthode se révèle particulièrement efficace dans les états d'agitation de date récente. Le calme est obtenu plus rapidement que par l'électro-choc simple. Les résultats observés chez trente malades présentant des états d'excitation psycho-motrice de causes variées sont très encourageants. La méthode imaginée par Fabing mérite sa place en thérapeutique. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Personnalités psychopathiques (Personalid. des psicopaticas), par Alfonso Gonzalez Rivaz. (*Archivos de criminologia, neuropsiquiatra y disciplinas conexas*, Quito, deuxième époque, vol. 1, n° 3, juillet-septembre 1953, p. 339-357).

Rappelant diverses classifications des personnalités psychopathiques (Delmas et Boll, Nerio Rojas, Mira y Lopez, Grühle), l'auteur décrit plus particulièrement celle de Schneider en dix groupes. Après indication des caractéristiques de ces diverses personnalités, sont données des précisions sur les réactions antisociales possibles suivant la forme clinique. La classification de Schneider se montre très utile au point de vue médico-légal.

V.-J. Durand.

Virus vivants modifiés en tant qu'agents immunisants. (Vaccination contre la poliomyélite), par Hérald R. Cox (de New-York). (*Médecine et hygiène*, Genève, 12e année, n° 274, 15 septembre 1954, p. 331-333).

Rappelant l'évolution de l'emploi des vaccins vivants modifiés en prophylaxie, depuis Jenner, l'auteur précise les propriétés exigées d'un bon vaccin. Il étudie ensuite plus spécialement les problèmes posés par la vaccination antipoliomyélitique. Les difficultés sont grandes, certains espoirs ne se sont pas encore réalisés. L'auteur pense, cependant, qu'on parviendra à cultiver sur l'œuf de poule en incubation les trois types principaux du virus poliomyélitique et à réaliser un vaccin à virus vivant, atténué, à efficacité durable.

V.-J. Durand.

La personnalité histrionique (La personalità istrionica), par Alberto Giordano (de Rome). (*Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 15e année, fasc. 4-5, juillet-octobre 1954, p. 377-395).

L'auteur décrit sept cas typiques de mythomanie, qu'il préfère considérer comme traduisant une personnalité histrionique, en dehors des maladies mentales proprement dites. Le mécanisme dynamique du syndrome semble lié à la tentative de compenser quelques déficiences psycho-sociales du sujet, d'origine souvent organique, mais surtout dues à l'ambiance. On peut noter certaines analogies avec divers aspects de la psychologie des toxicomanes et des antisociaux. Il est classique de porter un pronostic sévère. Celui-ci n'est cependant pas entièrement justifié. Il faudrait faire davantage pour de tels sujets et, surtout, les soumettre à une psychothérapie convenable. Bibliographie.

V.-J. Durand.

De la valeur de la dérivation à référence lobulaire dans certains tracés électro-encéphalographiques, par R. Muller (de Hombourg, Sarre). (*L'encéphale*, t. 43, n° 3, 1954, p. 231-245).

La méthode de dérivation lobulaire homolatérale et croisée facilite la localisation de foyers temporaux. Des foyers corticaux peuvent se traduire par une dysrythmie, une discontinuité ou une dépression locale de l'alpha, signes souvent présents dans les traumatismes craniens anciens et dans les méningiomes. La méthode permet aussi la localisation dans le sens vertical, en particulier de foyers de la base du lobe temporal. Il y a intérêt à utiliser cette technique dans les tumeurs temporales, les abcès otogènes, les lésions post-traumatiques, post-encéphalitiques, les foyers épileptogènes. Quelques exemples sont rapportés. Six figures. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Des instincts à la personnalité morale (Dagl'istinti alla personalità morale), par Carmelo Ventra (de Naples). (*Rassegna di neuropsichiatra*, vol. 8, n° 3, mai-juin 1954, p. 203-218).

Dans cette conférence prononcée le 13 mars 1954, devant la Société salernitaine de médecine et de chirurgie, l'auteur, se basant sur les actuelles

recherches biologiques humaines et animales, ainsi que sur la physiologie et la psychologie comparées, décrit, de façon très claire, les formes de passage des instincts fondamentaux aux fonctions psychiques plus élevées. Le développement de ces diverses fonctions et propriétés aboutit à la formation de la personnalité. Les imperfections, les anomalies des premières conduisent aux troubles de la seconde. Le problème de la criminalité est lié à ces perturbations.

V.-J. Durand.

Psychologie de la vieillesse (Psychologie des Alters), par Joseph Rattner (de Zürich). (*Gesundheit und Wohlfart*, revue suisse d'hygiène, 34e année, n° 10, octobre 1954, p. 453-460).

Rappelant l'importance des problèmes posés par l'allongement progressif de la vie humaine, l'auteur décrit les traits essentiels de la psychologie de la vieillesse. Il donne surtout d'utiles conseils d'hygiène mentale pour conserver au sujet âgé sa confiance, son activité, son optimisme, ses possibilités créatrices. D'illustres exemples sont cités, depuis le Tintoret jusqu'au juge de l'Ontario Sir William Mulock, mort à 100 ans en 1944. L'auteur montre comment il faut savoir vieillir et éviter les altérations pathologiques de la sénilité psychique.

V.-J. Durand.

A propos d'une nouvelle évaluation des réponses kinesthésiques dans le test de Rorschach (A proposito de una nueva valoracion de las respuestas cinestesicas en el test de Rorschach), par M. Schachter (de Marseille). (*Archivos de criminologia, neuro-psiquiatria y disciplinas conexas*, Quito, 2e époque vol. 2, n° 6, avril-juin 1954, p. 165-173).

L'auteur propose de distinguer trois types essentiels de réponses kinesthésiques : *a*) kinesthésies classiques, de type G F +, évaluées à 1,5 ; leur symbole nouveau serait K F ; *b*) kinesthésies segmentaires ou de profil, valant 1 ; elles seront notées K pur ; *c*) kinesthésies de type « forme-mouvement », à nouveau symbole F K et comptées pour 0,5. Cette nouvelle division des kinesthésies et la cotation correspondante se montrent avantageuses. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

L'électronarcose dans le traitement des maladies mentales (La electronarcosis en el tratamiento de las enfermedades mentales), par Jorge Escudero (*Archivos de criminologia, neuro-psiquiatria y disciplinas conexas*, Quito, 2e époque, vol. 2, n° 6, avril-juin 1954, p. 205-214).

L'auteur rappelle le principe de l'électronarcose, puis en décrit la technique telle qu'elle a été fixée par Vergani et Cabitto. Il en précise les indications et les résultats avant de retracer les premières étapes de son expérience personnelle, assez favorables à cette thérapeutique psychiatrique.

V.-J. Durand.

Neurosyphilis congénitale tardive. Paralysie générale juvénile. Tabès juvénile (Neurosifilis congenita tardia. Paràlisis general juvenil. Tabes juvenil), par Maximo Arndt et Alfredo F. Thompson (de Buenos-Aires). (*Acta neuro-psiquiatrica argentina*, vol. 1, n° 1, octobre 1954, p. 3-42).

Les auteurs décrivent vingt cas de neurosyphilis congénitale tardive observés dans un même service hospitalier de 1940 à 1954. Sur le total, il y eut seize paralysies générales juvéniles (1,8 % des paralytiques généraux), comprenant une forme avec retard psychique immédiat et une forme avec début à la puberté. Le plus souvent il y a une démence simple ; les troubles pupillaires et ceux du langage sont presque constants. Dans un tiers des cas environ, existent des signes tabétiques. Les infiltrats lympho-plasmocytaires seraient plus marqués que dans les formes acquises. Le traitement est moins efficace. Le tabès juvénile fut observé dans quatre cas, commençant à la puberté. Altérations pupillaires, atrophie optique, paralysies oculaires extrinsèques sont très fréquentes, ainsi que les modifications de la miction. Au contraire, l'ataxie est rare. Les auteurs discutent leurs constatations et les comparent avec les données classiques. Sept figures. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Corrélations clinico-électro-encéphalographiques dans la paralysie générale. (Correlaciones clinico-electroencefalogràficas en la paràlisis general progresiva), par Abraham Mosovich et George Weickhardt (de Buenos-Aires et de Washington), (*Acta neuro-psiquiatrica argentina*, vol. 1, n° 1, octobre 1954, p. 43-60).

Vingt cas de paralysie générale sont étudiés chez des malades de 28 à 58 ans. Les électro-encéphalogrammes furent normaux quatre fois, légèrement anormaux dans quatre cas, modérément anormaux sept fois, très anormaux cinq fois. On n'a pas pu établir de relations entre signes neuropsychiatriques et degré de l'anomalie électro-encéphalographique, ni entre cette dernière et les résultats du traitement. La fréquence des perturbations électriques serait liée à la diffusion lésionnelle à la totalité de l'encéphale. Cinq figures. Bibliographie.

V.-J. Durand.

La psychiatrie dans le monde. Le « Torquato Tasso » de Wolfgang Goethe (Psichiatria nel mondo. Il « Torquato Tasso » di Wolfgango Goethe), par Stefano Stefani. (*Rassegna di neuropsichiatria*, vol. 8, n° 3, mai-juin 1954, p. 170-202).

Se basant sur d'importantes citations du drame de Gœthe, « Torquato Tasso », l'auteur montre comment le poète allemand a décrit les symptômes psychiques présentés par Le Tasse : idées de préjudice, de persécution, syndrome d'influence, troubles thymiques. Il les compare avec les données de l'histoire, précisant certains faits, indiquant la manière particulièrement vivante avec laquelle le dramaturge avait peint et traduit la complexité de la personnalité du poète italien, ainsi que ses rapports avec le duc Alphonse d'Este, et sa sœur la princesse Eléonore.

V.-J. Durand.

Considérations sur l'épilepsie psycho-motrice ou temporale (Consideraciones sobre la epilepsia psicomotriz o temporal), par C. Perez Borja (de Quito). (*Revista de neuro-psiquiatria*, Lima, t. 16, n° 4, décembre 1953, p. 376 406).

Les travaux expérimentaux et l'observation clinique systématique ont permis à Gastaut et ses élèves de mieux connaître la nature de l'épilepsie psycho-motrice temporale. Décrivant ses symptômes cliniques et électriques, l'auteur montre que la notion la plus importante est la complexité de l'origine et de la propagation de la décharge épileptique recueillie dans la région temporale. Ceci s'oppose à l'individualisation d'une seule variété clinique d'épilepsie psychomotrice ou temporale. Avec l'école de Marseille, il faut distinguer : 1° épilepsie psycho-motrice proprement dite ou épilepsie temporale superficielle ; 2° épilepsie psychomotrice hippocampique, la plus fréquente ; 3° épilepsie psychomotrice diencéphalique. Leurs caractères cliniques et électrobiologiques critiques et intercritiques, ainsi que leur mécanisme étiologique, sont précisés. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Direction anatomo-physiopathologique en psychiatrie (Directriz anatomofisiopatologica en psiquiatria), par J. Solé Sagarra (de Barcelone). (*Revista de neuro-psiquiatria*, Lima, t. 17, n° 1, mars 1954, p. 1-14).

On peut décrire actuellement un courant général vers une psychiatrie objective, clinique, expérimentale et phénoménologique. Les principales écoles correspondantes s'appuient sur le concept d'intégration nerveuse fonctionnelle plutôt que sur celui de localisation. On tend à considérer le processus psychique comme subordonné au fonctionnement global de l'organisme. De toute façon, il faut éviter les hypothèses spéculatives sans fondement clinique, sans base objective. Les courants essentiels de la psychiatrie contemporaine sont évoqués par l'auteur.

V.-J. Durand.

Recherches sur la personnalité des sujets hyperthyroïdiens (Indagini sulla personalità di soggetti ipertiroïdei), par Mara Palazzoli Selvini et Virginio Porta (de Milan et Reggio Emilia). (*Rivista sperimentale di freniatria*, vol. 78, fasc. 2, 30 juin 1954, p. 329-370).

Se basant sur l'étude de quatorze cas, les auteurs montrent l'intérêt pratique du point de vue psycho-somatique dans l'hyperthyroïdie. La méthode biographique précise, appuyée sur le psychodiagnostic de Rorschach et le Thematic Apperception Test, se révèle d'une grande utilité, permettant souvent de découvrir un traumatisme affectif, un stress, une situation de conflit à l'origine du trouble endocrinien. Les auteurs se montrent, d'autre part, assez réservés et prudents en ce qui concerne l'existence d'un type psychologique spécial chez l'hyperthyroïdien. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Sur quelques aspects de la psychothérapie moderne : analyse phénoménologique de la « rencontre » (Su alcuni aspetti della moderna psicoterapia : analisi fenomenologica dell « incontro »), par F. Basaglia (de Padoue). (*Rivista sperimentale di freniatria*, vol. 78, fasc. 2, 30 juin 1954, p. 239-264).

Ayant montré que la conception de la « rencontre » constitue un élément indispensable pour la compréhension du malade mental et, en conséquence, nécessaire à la psychothérapie, l'auteur décrit deux cas de psychonévrose. Leur interprétation du point de vue anthropophénoménologique permit d'obtenir des éléments qui se révélèrent essentiels pour le traitement et conditionnèrent son succès. L'établissement d'un rapport du médecin avec le malade et du malade avec autrui doit être un des buts de la psychothérapie. Bibliographie.

V.-J. Durand.

La ménopause du point de vue psychologique (La menopausa dal punto di vista psicologico), par G. C. Zapparoli (de Milan). (*Rivista sperimentale di freniatria*, vol. 78, fasc. 2, 30 juin 1954 p. 297-312).

On peut distinguer dans le syndrome psychique de la ménopause : des désordres émotionnels, intellectuels et affectifs ; des manifestations de type mélancolique ; des idées délirantes, des hallucinations, des changements de la libido ; des désordres de la sphère impulsive. Après avoir décrit ces divers troubles, l'auteur étudie la question de la ménopause artificielle, celle des rapports avec les symptômes d'involution des mécanismes psychologiques et biologiques, les conceptions psychanalytiques ; les résultats des tests projectifs sont enfin discutés. Dans l'ensemble, les troubles psychiques de la ménopause apparaissent dépendre étroitement de la personnalité prémorbide et se traduisent, généralement, par une aggravation d'un état psychologique préexistant. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Les types les plus fréquents de délire chronique (I tipi piu frequenti di delirio cronico), par Enrico Imberciadori (de Sienne), (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 43, fasc. 4, 1954, p. 718-729).

L'auteur expose d'abord rapidement les principales conceptions sur le mécanismes des délires chroniques. Puis, il commente les données d'une étude statistique faite à l'hôpital psychiatrique de Sienne, sur les malades des deux sexes, entrés de 1933 à 1937, puis de 1944 à 1953. Le délire de persécution s'est montré le plus fréquent (41 % environ), suivi par celui de ruine (16 %) et le délire hypocondriaque (12,37 %). Les idées de culpabilité se sont révélées plus rares que dans la plupart des statistiques. Dans l'ensemble, les variétés les plus fréquentes et les plus importantes au point de vue nosologique sont les délires de persécution, de culpabilité, de damnation et de grandeur. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Contribution à l'étude psychopathologique et clinique des états obsessionnels (Contributo allo studio psicopatologico e clinico degli stati ossessivi), par F. Basaglia (de Padoue). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 43, fasc. 2, 1954, p. 263-310).

Après une analyse des conceptions classiques et modernes des obsessions, l'auteur propose de distinguer deux groupes d'états obsessionnels selon leurs aspects idéo-affectifs. Dans le premier groupe, l'obsession accompagnée par l'impulsion est éprouvée comme un élément de constriction émotive. Dans le second groupe, l'obsession est secondaire à d'autres phénomènes qui la préparent. C'est la psychasthénie au sens de Janet. La constitution anancastique se trouve seulement dans le premier groupe. Dans la nosographie des états obsessifs, l'auteur reconnaît une psychonévrose et une psychose suivant les différents degrés de dissolution. L'anxiété ne se voit pratiquement que dans la première forme. Dans la psychose obsessive, le trouble porte sur l'affectivité-contact et non sur l'affectivité-conflit comme l'indique Minkowski. Elle est la résultante d'une altération structurale, avec absence d'anxiété. Deux cas de psychoses obsessionnelles sont décrits. Bibliographie.

V.-J. Durand.

L'élimination des 17 cétostéroïdes chez l'alcoolique, par P. Royer, M. Meis, N. Vernet et J. Brignon (*La revue de l'alcoolisme*, 7e année, n° 5, janvier-mars 1954, p. 105-108).

Chez 31 alcooliques hommes, 25 malades (84 %) présentent un taux d'élimination des 17-cétostéroïdes inférieur à la normale (12 milligrammes) et 15 d'entre eux (48 %) un taux extrêmement bas (inférieur à 8 mgr.). Les auteurs étudient les rapports de ces perturbations endocriniennes avec l'existence de troubles de la sphère sexuelle (insuffisance, apragmatisme, idées de jalousie). Diverses interprétations peuvent être fournies de ces constatations.

V.-J. Durand.

Conditions et résultats d'une analyse des fonctions principales de la conscience, par Michel Navratil (de Montpellier). (*Revue philosophique de la France et de l'étranger*, nos 4 à 6, avril-juin 1954, p. 227-241).

Rappelant que l'étude de la conscience peut se faire en retenant certaines des conceptions de Husserl sur les démarches et l'objet de la philosophie, l'auteur indique quelques moyens de compléter les insuffisances de ces conceptions. Il décrit trois principales fonctions intervenant dans l'action et dans la connaissance. Ce sont la conscience sensori-motrice, la conscience imaginative et la réflexion théorique et pratique. Leurs caractères sont alors précisés, ainsi que leur action réciproque et les modalités de leur intervention dans la formation de la personnalité.

V.-J. Durand.

Notes sur une application de la théorie des communications à la psychiatrie, par Serge Moscovici (de Paris). (*Revue philosophique de la France et de l'étranger*, nos 4 à 6, avril-juin 1954, p. 243-253).

L'auteur fait une étude critique du livre de J. Ruesch et G. Bateson : Communication. The social matrix of psychiatry, New-York, 1951. Les deux

psychologues américains avaient cherché à adapter la pensée psychiatrique à la cybernétique et la théorie de l'information à la psychiatrie. De semblables projets ne sont pas pleinement justifiés, en particulier en ce qui concerne la question de l'entropie et de la néguentropie (entropie négative). Certaines assimilations sont hasardées et sans fondement. La prudence est nécessaire. Comme le disait Diderot : « Aie toujours présent à l'esprit... qu'une hypothèse n'est pas un fait. »

V.-J. Durand.

Enquête sur la responsabilité de l'alcoolisme chronique dans la détermination des accidents de travail, par André Morice (de Caen). (*La revue de l'alcoolisme*, t. 3, n° 6, avril-juin 1954, p. 105-125).

Une importante enquête dans la population ouvrière du département du Calvados a montré sur 18.800 travailleurs 3.521 alcooliques chroniques (18 %). D'autre part, sur 900 accidentés du travail soignés au centre hospitalier régional de Caen, il y avait 438 éthyliques chroniques, soit 48 %. Ainsi, on peut conclure que « l'alcoolisme chronique est responsable de près de deux accidents du travail sur trois ».

V.-J. Durand.

Observations sur la nature des états hystériques (Observations on the nature of hysterical states), par W. Ronald D. Fairbairn (*The british journal of medical psychology*, vol. 27, n° 3, 1954, p. 105-125).

Montrant l'importance des travaux de Charcot et de Janet sur l'hystérie avant ceux de Freud, l'auteur expose ses conceptions personnelles sur les rapports entre dissociation et répression. Il distingue trois modalités d'objet pouvant intervenir : objet excitant, objet repoussant, objet idéal. Leurs relations avec le sujet jouent un rôle essentiel dans le déterminisme des troubles hystériques. Une nouvelle interprétation du complexe d'Œdipe est proposée ; de même, l'hystérie de conversion et la question des zones érogènes sont envisagées d'un point de vue différent de celui de la psychanalyse classique. Différents rêves sont cités à titre d'exemple. En conclusion, l'auteur montre l'intérêt de la psychologie des relations avec l'objet et des structures dynamiques pour l'étude des symptômes hystériques.

V.-J. Durand.

Diagnostic d'une névrose de situation par l'emploi de méthodes de tests psychologiques. (Diagnose einer Situationsneurose bei Mitverwendung psychologischer Test-methoden), par Franz K. Thurner (d'Innsbruck), (*Zeitschrift für diagnostische Psychologie und Personlichkeitsforschung*, vol. 2, n° 1, 1954, p. 64-77).

L'auteur, à l'aide de l'étude d'un cas de névrose de situation, montre comment peut être conçue la collaboration entre le psychiatre et le psychologue clinique. Il indique les méthodes d'interrogatoire employées, ainsi que les tests appliqués, en particulier psychodiagnostic de Rorschach, exploration des rêves, association au moyen de mots inducteurs. Bien conduite, la recherche psychologique est très fructueuse et permet d'éclaircir de nombreux pro-

blèmes sémiologiques et étiologiques. Quelques données cliniques et le protocole du Rorschach sont reproduits en appendice.

V.-J. Durand.

Anxiété dans l'examen des planches du Z-test (Angst in der Spiegelung des Tafeln Z-tests), par Hans Zulliger. (*Zeitschrift für diagnostische Psychologie und Persönlichkeitsforschung*, vol. 2, n° 1, 1954, p. 55-63).

On peut observer des signes d'anxiété chez le sujet à qui on présente les planches de Rorschach. Il en est de même pour le Z-Test imaginé par Zulliger. S'appuyant sur un exemple démonstratif, l'auteur indique quels signes peuvent faire penser à l'existence d'une anxiété consciente ou non, à travers les réponses données et par l'attitude du sujet pendant l'examen. Il distingue, pour le Z-Test, 17 symptômes évocateurs. Pour que le diagnostic soit assuré, l'existence de plusieurs signes dans le même protocole est nécessaire.

V.-J. Durand.

La mémoire de résonance (Das Resonanzgedächtnis), par Franciska Baumgarten Tramer. (*Gesundheit und Wohlfahrt. Revue suisse d'hygiène*, 34e année, n° 1, août 1954, p. 371-376).

La mémoire de résonance est une variété particulière dans laquelle un objet ou un événement actuel peut tirer de l'oubli un fait passé ou le souvenir d'une personne aimée. Il s'agit, non d'une association d'idées, mais d'une résonance affective. Le seul lien entre l'événement ou l'objet actuel et le souvenir se trouve dans une forte charge affective. Le souvenir peut être positif (affects favorables) ou négatifs (sentiments pénibles comme le remords). De toute façon, la mémoire de résonance a un rôle biologique important : satisfaction dans le premier cas, perfectionnement moral dans le second.

V.-J. Durand.

L'irritation neuro-végétative et son rôle en pathologie, par J. Reilly (de Paris). (*Médecine et hygiène*, Genève, n° 275, 1er octobre 1954, p. 351-352 et n° 276, 15 octobre 1954, p. 367-368).

On connaît l'importance des désordres vaso-moteurs en pathologie. L'auteur rappelle la nature de réactions vaso-motrices et des réflexes d'irritation, décrit les voies nerveuses et les modalités d'action des réflexes dans le déterminisme des lésions anatomiques du syndrome d'irritation. Il évoque ensuite ses travaux et ceux de ses élèves sur le rôle de l'irritation neuro-végétative au cours d'affections viscérales diverses (artérites et thromboses artérielles, infarctus du myocarde, pancréatites hémorragiques, hépatites expérimentales et néphrites d'origine neuro-végétative) ; de même, la survenue de désordres moteurs comme les invaginations intestinales et la dilatation aiguë de l'estomac, enfin le rôle de l'irritation neuro-végétative en pathologie infectieuse (fièvre typhoïde, syndromes malins). La possible action préventive de la chlorpromazine est signalée.

V.-J. Durand.

Troubles psychiques au cours de l'ivresse alcoolique, par Maurice Leconte (*Gazette des hôpitaux*, n° 32, 20 novembre 1954, p. 769-776).

Opposant à l'ivresse normale les diverses formes de l'ivresse pathologique, l'auteur rappelle d'abord quelques classifications classiques. Puis il décrit, successivement, les ivresses expansives ou agitées (soit excito-motrices, soit convulsives non épileptiques, soit pseudo-rabiques, soit maniaques), les ivresses dépressives, celles hallucinatoires, enfin les ivresses délirantes. Le diagnostic positif comprend les éléments du socio, du somato, du biodiagnostic. Le diagnostic différentiel, souvent délicat, se fera avec la simulation, les états paroxystiques non ébrieux, les ivresses non alcooliques aux formes assez nombreuses. Les problèmes médico-légaux posés par des délits commis en état d'ivresse sont très difficiles à résoudre. Les critères d'appréciation varient suivant les experts. L'auteur rappelle les principes sur lesquels peut se fonder une opinion portant sur la responsabilité. La loi récente sur l'alcoolisme permettra peut-être plus de clarté et de logique. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Thérapeutique de groupe pour les mères d'enfants troublés psychiquement (Group therapy for mothers of disturbed children), par Helen E. Durkin (de New-York). (1 volume, xiv - 126 pages, Charles C. Thomas, Springfield, Illinois, U. S. A., 1954).

Préfacé par S.-R. Slavson, le volume présente, de façon détaillée, les principes d'application de la psychothérapie de groupe aux mères d'enfants atteints de perturbations psychiques. Après quelques considérations historiques sur le développement des psychothérapies de groupe, l'auteur montre combien est important le traitement de la mère parallèlement à celui de l'enfant. La méthode employée est une psychothérapie d'orientation psychanalytique, modifiée cependant, avec une seule séance hebdomadaire. Les groupes sont peu nombreux, comprenant cinq à six personnes. Reproduisant le fonctionnement d'un de ces groupes thérapeutiques, l'auteur montre les résistances initiales des mères, leur peu d'enthousiasme à participer à cette activité dont elles ne comprennent pas toujours l'intérêt. Avec beaucoup de précision sont décrits les phénomènes de transfert qui apparaissent au cours des séances, avec citations d'exemples très détaillés. Puis sont évoqués les problèmes sexuels qui peuvent se présenter pendant le traitement, ainsi que les signes de résistance, les modifications caractérielles généralement favorables survenant chez les mères en cure psychothérapique. La méthode apparaît très intéressante, facilitant beaucoup le traitement des enfants, favorisant la compréhension familiale des problèmes posés par eux, améliorant les relations mutuelles au foyer. Basée essentiellement sur l'interprétation des réactions de transfert et de résistance, qui rend conscients des conflits inconscients, la psychothérapie de groupe des mères d'enfants mentalement troublés devrait être utilisée plus souvent. L'auteur propose de la compléter plus tard par la psychothérapie de groupe des pères. Bibliographie. Index analytique.

V.-J. Durand.

L'état actuel des recherches sur le rythme et les relations entre le rythme et le système neuro-végétatif, par F. Georgi (de Bâle). (*Médecine et hygiène*, Genève, n° 274, 15 septembre 1954, p. 344-345 et n° 275, 1er octobre 1954, p. 359).

L'étude des rythmes en biologie est à l'ordre du jour. Rappelant, tout d'abord, l'influence des facteurs exogènes, l'auteur envisage ensuite, particulièrement, les rythmes physiologiques du sommeil, le rythme hépatique, les oscillations rythmées observées chez les déprimés, les modifications spéciales constatées après leucotomie, celles déterminées par l'hibernation. Les recherches actuelles doivent être poursuivies et amplifiées. Elles sont susceptibles d'importantes applications, par exemple en thérapeutique, pour déterminer le moment le plus favorable à l'administration des différents médicaments.

V.-J. Durand.

Bref aperçu de la théorie de la narcose, par V.-S. Galkine (*Cahiers de médecine soviétique*, 1re année, n° 4, avril 1954, p. 25-38).

Rappelant le rôle important de Pirogov dans l'emploi chez l'homme de la narcose, l'auteur montre la valeur des travaux de I. M. Setchenov, N. E. Vvedenski et I. P. Pavlov pour l'élaboration d'une théorie de la narcose. Celle-ci doit être une théorie de la narcose générale de l'organisme. On peut admettre, dans une première phase, l'abaissement du cortex avec désinhibition sous-corticale (période d'excitation), enfin, l'inhibition du cortex et du sous-cortex (période de sommeil narcotique). Les modalités de l'inhibition sont multiples. D'importantes conséquences thérapeutiques découlent de la théorie générale de la narcose.

V.-J. Durand.

Altérations mentales aiguës dans les traumatismes cranio-encéphaliques (Alteraciones mentales agudas en los traumatismos craneo-encefalicos), par Miguel Angel Chicata. (*Revista de neuro-psiquiatria*, Lima, t. 17, n° 1, mars 1954, p. 40-58).

Dans dix cas de traumatismes cranio-cérébraux, l'auteur étudie les altérations mentales aiguës. Il distingue : *a*) les troubles de la conscience avec obnubilation et torpeur plus ou moins accentuée ; *b*) le syndrome amnésique korsakovoïde, avec ses troubles quantitatifs et déficitaires et la désorientation temporo-spatiale ; *c*) l'état de faiblesse hyperesthésique avec syndromes subjectifs (céphalée, somnolence, bradyphrénie, irritabilité, dépression, etc.) Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Problème de l'interaction hypophyse-thyroïde à la lumière du nervisme, par V. D. Boubnov. (*Cahiers de médecine soviétique*, 1re année, n° 4, avril 1954, p. 39-44).

Utilisant des expériences sur des rates soumises à l'absorption de méthylthiouracyl pour déterminer une hypothyréose et, secondairement, augmenter la production de thyréostimuline hypophysaire, établissant en même temps un réflexe conditionnel à la prise du médicament, l'auteur conclut que

l'interaction hypophyse-thyroïde dépend d'influx corticaux. Donc, les facteurs externes peuvent influencer les rapports entre ces deux glandes endocrines par l'intermédiaire de l'écorce cérébrale. Ces résultats confirment ceux de l'école de K. M. Bikov sur la régulation corticale de la plus grande partie de l'activité viscérale.

V.-J. Durand.

Cure de sommeil avec le largactil dans le traitement de quelques troubles mentaux (Cura de sueño con largactil en el tratamiento de algunos desordenes mentale), par J.-O. Trelles et Alfredo Saavedra. (*Revista de neuro-psiquiatria*, Lima, t. 17, n° 2, juin 1954, p. 125-161).

Les auteurs rapportent les résultats du sommeil prolongé par le largactil dans vingt cas (les premiers péruviens) : six de psychose endogène, quatre de psychose symptomatique, quatre de syndromes convulsifs divers, deux d'hystérie, deux de syndromes neurologiques avec troubles psychiques, un de delirium tremens, un de névrose d'angoisse. Ils décrivent les effets psychologiques, psychopathologiques et somatiques du médicament. Celui-ci fut efficace dans les psychoses symptomatiques, dans la manie et dans la mélancolie anxieuse ; il est utile comme traitement d'urgence dans divers syndromes d'agitation, en association avec la thérapeutique spécifique irremplaçable. Le procédé est bien toléré, non dangereux, et facilite la psychothérapie. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Narcothion, un moyen de narcothérapie ambulatoire (Narkothion, ein Mittel zur ambulatorischen Narkotherapie), par Gottfried Roth (de Vienne), (*Wiener Archiv für Psychologie, Psychiatrie und Neurologie*, t. 4, n° 2, juin 1954, p. 103-107).

L'auteur rapporte les résultats de recherches personnelles faites avec le sel de sodium de l'acide éthyl-(1-méthyl-propyl)-thiobarbiturique, préparé en Autriche sous le nom de narkothion. Ce produit se révèle d'un emploi très commode, sans inconvénient, pour une narco-analyse. La rapidité d'action, le retour à la conscience dans un temps assez bref, en rendent l'utilisation particulièrement pratique pour les traitements ambulatoires. Le produit s'est montré supérieur au sel de sodium de l'acide éthyl-1-méthyl-butyl-thiobarbiturique, ainsi que l'ont montré des expériences comparatives.

V.-J. Durand.

Le pronostic des schizophrénies, par J. Laboucarié et P. Barrès (*Toulouse médical*, 55e année, n° 3, mars 1954, p. 167-181).

Montrant, tout d'abord, que le terme de schizophrénie n'est pas synonyme de démence précoce, précisant certaines conceptions récentes sur les limites de l'affection, les auteurs rappellent que les états schizophréniques guérissent spontanément dans 30 % des cas. Le pronostic doit tenir compte de l'hérédité, mais surtout de la personnalité prémorbide et du rôle des facteurs déclenchants ou réactionnels, ainsi que des caractères cliniques (modes de début, type évolutif) : un début aigu, une forme périodique sont plus

favorables ; les variétés comportant des altérations de la conscience (schizophréniformes) sont de meilleur pronostic que celles à prédominance déficitaire (schizophrénies vraies). Le pronostic a été nettement amélioré par les traitements modernes (cure de Sakel, convulsivothérapie, psychochirurgie) associés à la psychothérapie. On peut obtenir en moyenne 60 % de rémissions.

V.-J. Durand.

La thérapeutique du sommeil comme auxiliaire dans la compréhension de la physiopathologie de l'activité nerveuse supérieure chez l'homme (La terapia del sonno come ausilio nella comprensione della fisiopatologia della attivita nervosa superiore nell'uomo), par Giuseppi Tonini et Bruno Bizzi (d'Imola). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 43, fasc 4, 1954, p. 780-803).

Les processus d'inhibition qui se développent au niveau de l'encéphale exercent un rôle protecteur et défensif. Parmi eux, le sommeil peut être considéré, avec Pavlov, comme une inhibition diffuse particulièrement efficace. On peut, certes, discuter le processus physiologique du sommeil, ce que font les auteurs en rappelant les opinions divergentes exprimées à ce sujet. Ils décrivent ensuite les principes de la thérapeutique du sommeil citant les résultats obtenus, en divers pays, chez des malades mentaux surtout chroniques. Ils les comparent avec quelques observations personnelles. Bibliographie.

V.-J. Durand.

L'épreuve de Wartegg dans la schizophrénie (La prueba de Wartegg en la equizofrenia), par Segisfredo M. Luza. (*Revista de neuropsiquiatria*, Lima, t. 17, n° 2, juin 1954, p. 162-194).

L'emploi de l'épreuve de Wartegg dans la schizophrénie montre que l'on peut observer, au cours de cette affection, une perturbation dans le degré de compréhension, la qualité formelle, la répétition des motifs, la succession temporelle. On peut constater un parallélisme entre les données cliniques et les résultats de l'épreuve. Celle-ci peut donc constituer un moyen d'apprécier l'évolution et le pronostic. Dix observations sont décrites. Quinze figures. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Relations avec la réalité des enfants schizophrènes (Reality relationships of schizophrenie children), par Elizabeth Norman (de Londres) (*The british journal of medical psychology*, vol. 27, n° 3, 1954, p. 126-141).

Vingt-cinq enfants schizophrènes ont été observés pendant les activités de jeux et les séances d'examens. L'auteur a étudié spécialement le comportement vis-à-vis des objets dans le domaine de la perception plus que de l'utilisation. Différentes anomalies ont été constatées, de même que dans l'organisation de l'image du corps. Il y a une défectueuse intégration des impressions visuelles, posturales et vestibulaires expliquant les troubles dans l'établissement du schéma corporel. Les jeunes schizophrènes inca-

pables d'établir de bonnes relations avec le monde des objets se réfugient dans le domaine de leur imagination. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Délinquants adultes et leur assistance médico-sociale, par Georges Schneider et Jacqueline Favre (de Lausanne). (*Gesundheit und Wohlfahrt, Revue suisse d'hygiène*, 34e année, n° 8, août 1954, p. 349-364).

Comme l'indique une enquête sociale portant sur des délits commis entre 1942 et 1948, l'enquête étant faite de 1951 à 1953, les résultats des mesures pénitentiaires ou médico-sociales sont très complexes. Il est souvent difficile de savoir la conduite à adopter en présence d'un cas particulier. Les récidivistes sont des sujets spécialement délicats. Dans l'ensemble, cependant, la solution la meilleure apparaît généralement la surveillance médicale après un séjour dans un établissement psychiatrique. Malheureusement, l'armement des centres d'hygiène mentale n'est pas toujours suffisant. D'importants progrès sont encore nécessaires.

V.-J. Durand.

Sur la physiopathogénie des paraplégies congénitales (Sobre la fisiopatogenia de las paraplejias congênitas), par R. Carréa, M. Girado, A. Eurnekian, H.-J. Vazquez et H.-P. Marino (de Buenos Aires). (*Acta neuropsiquiatrica argentina*, vol. 1, n° 1, octobre 1954, p. 61-73).

Certains cas de paraplégies congénitales peuvent être dus à un hématome extra-dural et à un hématome sous-dural, ou à l'une des deux lésions. La récupération neurologique après opération dépend des dimensions de l'hématome, de l'importance de la compression médullaire (exprimée par le déficit neurologique) et surtout de la précocité de l'intervention. Il faudrait évacuer l'hématome dans les premiers jours, ou mieux, dans les premières heures après la naissance. Quatre observations sont rapportées. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Maladie de Marchiafava-Bignami (Sur la dégénérescence systématique des commissures cérébrales dans l'alcoolisme chronique) (Enfermedad de Marchiafava-Bignami. Sobre la degeneración sistemática de las comisuras cerebrales en el alcoholismo crónico), par Jacinto Carlos Orlando. (*Neuropsiquiatria*, Buenos Aires, vol. 3, n° 3-4, décembre 1952, p. 97-142).

A propos de huit cas de syndrome de Marchiafava-Bignami, l'auteur fait une importante revue générale de la question. Le processus consiste en une démyélinisation d'apparence primitive de la couche moyenne du corps calleux. Il y a souvent aussi atteinte de la commissure blanche antérieure. La désintégration de la myéline s'accompagne de lésions cellulaires des 3e, 5e et 6e couches du cortex frontal, d'altérations de la zone de Broca et des olives bulbaires. L'éthylisme chronique joue un rôle essentiel. Les signes cliniques rappellent beaucoup ceux de l'ancienne pseudo-paralysie générale alcoolique. Vingt et une figures. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Données cliniques sur l'interruption du coma insulinique au moyen de l'électronarcose et de l'électrochoc (Relievi clinici sull'interruzione del coma insulinico per mezzo dell'elettro-narcose e dell'elettro-urto), par Primo Giorgio Levi et Camilla Grassano (d'Alexandrie). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 43, fasc. 4, 1954, p. 771-779).

Les auteurs ont pratiqué cent réveils de coma insulinique par l'électrochoc et l'électro-narcose. Le réveil a été complet et durable par l'électro-narcose, seulement partiel et transitoire par l'électro-choc. S'appuyant sur de tels résultats cliniques, les auteurs pensent que l'électro-narcose pourrait être utilisée comme moyen habituel pour interrompre le coma insulinique. Il semble d'ailleurs que les cures de Sakel avec arrêt électrique du coma sont plus efficaces que les traitements classiques. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Suggestion pour une nouvelle modalité de thérapeutique psychiatrique (association de gaz carbonique à l'électrostimulus non convulsif). (Sugestao para nova modalidade de terapeutica psiquiatrica, associaçao do dioxido de carbono ao electroestimulo nao convulsivo), par Jarbas Pernambucano. (*Neurobiologia*, Recife, t. 16, n° 4, décembre 1953, p. 317-328).

L'auteur propose une nouvelle méthode de traitement psychiatrique. Il s'agit d'inhalations d'anhydride carbonique à 15 % dans l'oxygène ; trente à quarante inspirations sont réalisées à fréquence normale. Puis, le courant électrique est appliqué au moyen d'électrodes temporo-frontales ; en moyenne 65 volts pendant deux dixièmes de seconde. Le procédé est d'emploi facile, sans danger, efficace non seulement dans des cas de dépression, mais dans diverses psychoses fonctionnelles. Particulièrement sensibles à cette thérapeutique seraient les sujets hyporéactifs, hypothalamiques. L'association de l'anhydride carbonique et de la stimulation électrique renforcerait l'action curative. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Thérapeutique des états parkinsoniens par le MKO² (Terapeutica dos estados parkinsonianos pelo MKO²), par Luiz Ataide (de Recife). (*Neurobiologia*, Recife, t. 16, n° 4, décembre 1953, p. 412-418).

Le sulfonate de benzotropine (MKO² de Merck) a été employé par l'auteur chez sept malades souffrant de maladie de Parkinson post-encéphalitique ou artéritique. Les améliorations portaient surtout sur l'hypertonie, le tremblement, la sialorrhée, les crises oculogyres. Les progrès furent assez limités chez un malade. Un sujet qui montrait sous l'action du traitement un degré marqué d'apathie vit la disparition de ce dernier symptôme par l'administration d'artane. Il s'agit pour l'auteur d'une thérapeutique intéressante de la maladie de Parkinson.

V.-J. Durand.

Sept cas de confusion primitive périodique (Siete casos de amencia periodica), par Guillermo Vidal. (*Acta neuropsiquiatrica argentina*, vol. 1, nº 1, octobre 1954, p. 85-95).

L'idée de l'origine endogène (constitutionnelle) de la confusion mentale primitive (amentia) est appuyée par sa périodicité, de même que sont endogènes la schizophrénie et la cyclothymie. Par contre, il n'y a pas de relation entre « amentia » et confusion (au sens des auteurs français). Cette dernière est un syndrome de réaction exogène. La confusion mentale symptomatique n'est pas aussi fréquente qu'on le croit. Pour la plupart des cas, il s'agit « d'amentia ». Le traitement de choix de celle-ci est le cardiazol, injecté au cours du coma insulinique. Il n'existe actuellement aucune hypothèse sûre quant à l'étiologie. Il serait nécessaire de mieux connaître la physiopathologie cérébrale et ses relations avec les troubles métaboliques et endocriniens. Le syndrome constitue un intéressant domaine de recherches. Sept cas sont rapportés, tous féminins. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Névroses. Considérations étiologiques et structurales (Neurosis. Consideraciones etiologicas y estructurales), par Julio Endara (*Archivos de criminologia, neuropsiquiatria y disciplinas conexas*, Quito, 2e époque, vol. 1, nº 4, octobre-décembre 1953, p. 403-427).

Le problème des névroses est toujours l'objet de discussions. Faut-il, au point de vue étiologique, incriminer surtout les facteurs constitutionnels ou les causes extérieures liées au milieu ? Ne doit-on pas plutôt penser à une association des deux ordres d'éléments ? La psychanalyse a apporté de nombreux éclaircissements dans l'étude des névroses. Mais il faut connaître ses limites. Il faut utiliser les conceptions des divers auteurs et, en particulier, celles de Kretschmer, pour définir le développement de la personnalité et la structure des névroses. Les conditions actuelles de la civilisation doivent être reconnues comme un facteur d'importance. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Aspects radiologiques de l'œsophage dans le parkinsonisme encéphalitique chronique (Aspetti radiologici dell'esofag nel parkinsonismo encefalitico cronico), par Dino Catalano et Carmine Sinisi (de Naples). (*L'ospedale psichiatrico*, 22e année, fasc. 1, janvier-mars 1954, p. 1-9).

L'examen radiologique de l'œsophage chez quatorze malades atteintes de parkinsonisme post-encéphalique chronique a montré, en général, des signes de dilatation, d'atonie de l'œsophage avec hypopéristaltisme ou absence de péristaltisme, insuffisance du segment cardio-diaphragmatique. De tels symptômes paraissent indépendants de l'action de traitements atropiniques. Ils semblent plutôt à rattacher à un déséquilibre neuro-végétatif par lésions méso-diencéphaliques ou, éventuellement, bulbo-protubérantielles. Six figures.

V.-J. Durand.

Recherches psychologiques chez des sujets psoriasiques (Indagini psicologiche in soggetti psoriasici), par C. Cazzullo, L. Daiovo et R. Sigurta (de Milan). (*Rassegna di neuropsichiatria*, vol. 8, n° 4, juillet-août 1954, p. 235-270).

Exposant les diverses théories étiopathogéniques émises à propos du psoriasis, les auteurs s'arrêtent plus longuement à la question des rapports entre ce syndrome et les altérations psychiques, essentiellement émotionnelles. Ils étudient quinze cas de psoriasis dont six furent soumis à des recherches psychologiques étendues. Pour chacun sont discutées les interprétations psychodynamiques possibles et, en particulier, les caractères de spécificité des mécanismes psycho-pathologiques de la sphère affective. Importante bibliographie.

V.-J. Durand.

Problèmes de réadaptation psychologique des infirmes, par Henri Aubin (*Revue pratique de psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale*, année 1954, n° 4, p. 103-112).

Le traitement rationnel et la réadaptation d'un infirme nécessitent la connaissance exacte des circonstances historiques dans lesquelles s'est constituée l'infirmité, des conséquences subjectives autant que de celles objectives, de la personnalité antérieure du sujet. Prenant la valeur d'une infériorité, l'infirmité peut entraîner des réactions variables : d'insécurité avouée ou dissimulée avec parfois agressivité, plus rarement sublimation, infantilisme affectif, angoisses, sentiment de culpabilité, anxiété, états dépressifs parmi lesquels des états neurasthéniques, phénomènes hystériques. La réadaptation doit satisfaire aux besoins essentiels du sujet : besoins biologiques, besoins de sécurité, d'expansion, d'autonomie, de détente. Il faut commencer très tôt l'action rééducative et la prolonger pour éviter un enlisement, une abdication devant la vie. C'est une tâche délicate, exigeant patience, tact et compétence.

V.-J. Durand.

Quelques applications de la théorie du comportement en psychopathologie (Some applications of behaviour theory in psychopathology), par D. Russel Davis (de Cambridge). (*The british journal of medical psychology*, vol. 27, n° 4, 1954, p. 216-223).

Il est possible d'appliquer à l'étude de la psychopathologie les faits observés chez l'animal dans la recherche expérimentale de son comportement. Cependant, il est nécessaire de dépasser certaines conceptions trop étroites. Les théories élaborées à propos des réflexes conditionnés et, surtout, des névroses expérimentales animales, sont riches d'applications, en particulier, pour préciser les mécanismes des instincts et le développement des phénomènes d'apprentissage. Une collaboration avec la psychanalyse peut se révéler très utile. Quelques exemples sont rapportés. Bibliographie.

V.-J. Durand.

L'approche psycho-somatique en dermatologie, par Mlle S. Lambergeon (*L'encéphale*, t. 43, n° 6, 1954, p. 509-517).

On peut, en dermatologie, envisager la question des limites de la maladie psycho-somatique, son dynamisme psychologique ; de plus, on peut discuter sa nature. La dermatose est-elle un équivalent d'affect, une névrose d'organe, un symptôme de conversion ? L'examen psycho-somatique peut être très utile dans de nombreux cas. Mais il doit être fait avec circonspection. L'attitude du malade est souvent hostile ou opposante. Il faut essentiellement rechercher les circonstances psychologiques de la maladie, par l'interrogatoire et les examens complémentaires (Rorschach, T.A.T., Weschler-Bellevue, Minnesota Multiphasic, électro-encéphalogramme, narcose) ; il faut aussi étudier la réaction du malade devant sa dermatose pour choisir à bon escient la modalité de psychothérapie à appliquer.

V.-J. Durand.

Les formes de début de l'intoxication chronique par le manganèse, par J. Boyer (de Rabat). (*L'encéphale*, t. 43, n° 4, 1954, p. 500-508).

L'intoxication chronique par le manganèse donne un syndrome voisin des dystonies post-encéphalitiques et de la maladie de Wilson. Le diagnostic précoce est très difficile, mais cependant essentiel pour empêcher l'évolution inexorable de la maladie. Dans six observations rapportées, on notait des troubles de la parole, de la marche, de l'asthénie, des douleurs vagues. On peut distinguer des formes initiales psychomotrices et des formes psychiques. L'aide du laboratoire est indispensable : troubles sanguins (polyglobulie, augmentation du métabolisme basal, diminution des 17-cétostéroïdes urinaires). Des examens rapprochés sont nécessaires. Le changement de poste est obligatoire en cas d'intoxication. Certains traitements chimiques permettent de déplacer le toxique (B.A.L., versènes et agents complexants).

V.-J. Durand.

Une méthode expérimentale de contrôle de la narcoanalyse, par J. Delay, P. Pichot, D. Laplane et E. Martinez-Gomez (*L'encéphale*, t. 43, n° 4, 1954, p. 329-336).

Il est utile, au cours de la narco-analyse, de connaître la profondeur de la dissolution obtenue par l'injection du barbiturique. Employant l'appareil de Henry et Jouvelet, réglé pour un débit de un centicube par minute, les auteurs ont eu recours à une épreuve de mémoire (planches présentées au sujet) et à une soustraction, proposées toutes les minutes. Deux séries d'expériences ont été faites : l'une avec le pentobarbital sodique, l'autre avec l'amobarbital sodique. C'est ce dernier produit qui permet d'obtenir la plus longue période utilisable pour la narco-analyse. Cette phase s'étend entre l'apparition des troubles de la mémoire de fixation et le début des troubles de l'attention-concentration.

V.-J. Durand.

Une névrose mineure : les querelles de famille, par A. Stocker (de Genève). (*L'encéphale*, t. 43, n° 4, 1954, p. 312-328).

Rappelant la conception par Jung de l'animus et de l'anima, l'auteur indique qu'il est inutile de les invoquer pour expliquer les conflits interhumains. Il préfère utiliser d'abord les notions d'engagement possessif et d'engagement oblatif. Seul ce dernier permet l'entente et l'harmonie. Une autre cause de querelles de famille vient de ce que l'auteur appelle « l'obsession du fils (ou de la fille) de la statue », quand certains parents veulent élever leurs enfants en prenant comme modèle un ancêtre jugé remarquable (la statue). Des discordes sont inévitables. Il faut aussi connaître le rôle de la fausse oblation observée chez l'enfant avec identification à l'image parentale, ce qui produit un être instable, ambivalent. Pour éviter de semblables troubles, il faut chercher à « tout mettre en œuvre pour *être* une personne humaine ».

V.-J. Durand.

Altérations psychologiques rencontrées dans un groupe de tuberculeux examinés à l'aide de tests projectifs (Alterazioni psicologiche riscontrate in un gruppo di tubercolotici esaminati con l'ausilio dei tests proiettivi), par Libero Samale (de Modène). (*Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 15e année, fasc. 4-5, juillet-octobre 1954, p. 397-436).

Utilisant le test de Rorschach et le T.A.T. chez des tuberculeux des deux sexes en milieu sanatorial, l'auteur a pu observer l'existence d'un « psychogramme de groupe ». Le Rorschach montre une augmentation des Dd, du F+%, des K, des Clob ; une diminution du A % et du Ban %. Quant au test de Murray, il indique la prédominance de quelques « pulsions », parmi lesquelles sont à mettre au premier plan : l'agressivité, la sexualité, l'anxiété et la frustration. Dans l'ensemble, les résultats obtenus ont confirmé ceux rapportés antérieurement par d'autres auteurs. Graphiques. Tableaux. Très importante bibliographie.

V.-J. Durand.

Une méthode de traitement de la dysphémie (bégaiement) chez enfants et adultes, par A. Zaliouk (d'Haïfa, Israël). (*L'encéphale*, t. 43, n° 4, 1954, p. 337-346).

Le langage parlé, au point de vue neurologique, est une praxie pour l'acquisition de laquelle peut être invoqué un conditionnement. Le bégaiement apparaît comme une dyspraxie, déréglant le conditionnement normal. L'auteur préconise une méthode de traitement favorisant le conditionnement ou le rétablissant. Elle comprend un « starter » moteur déclenchant une suite de mouvements ordonnés visant au retour à la fluidité normale de la parole. Cette méthode de rééducation de la parole doit être complétée par un appui psychothérapique. La cure est ambulatoire. Elle peut s'employer avec des nuances particulières, soit chez l'enfant, soit chez l'adolescent et chez l'adulte.

V.-J. Durand.

La sclérose latérale amyotrophique post-traumatique (La sclerosis laterale amiotrofica post-traumatica), par Rosario Magri (de Milan). (*Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 15e année, fasc. 4-5, juillet-octobre 1954, p. 438-454).

Après un rappel de la littérature, l'auteur décrit les théories actuelles sur les relations entre traumatisme et sclérose latérale amyotrophique. Il évoque les actions possibles des traumatismes électriques et psychiques. Il s'étend sur les critères médico-légaux qui, pour lui, correspondent le mieux à nos connaissances, puis rapporte trois cas personnels : l'un après fracture de quatre vertèbres dorsales, le deuxième après effort en soulevant une charge de 150 kg., le troisième après une chute sur l'épaule. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Quelques remarques sur l'histo-pathologie des psychoses pellagreuses, par Ihsan Sükrü Aksel (d'Istanbul). (*L'encéphale*, t. 43, n° 6, 1954, p. 518-520).

L'auteur décrit les lésions observées dans deux cas mortels de psychoses pellagreuses. Pour le premier : dilatation des vaisseaux cérébraux, œdème, pycnose de l'endothélium capillaire, début de thrombose d'une des artères du ganglion basal, pertes de myéline dans les zones périvasculaires, gonflement des cellules ganglionnaires dans les noyaux de l'hypothalamus. Dans le second cas : dilatation vasculaire cérébrale, atrophie de certaines cellules pyramidales, amincissement de l'endothélium de certains petits vaisseaux, amas de cellules protoplasmiques de la glie près de la corne d'Ammon, gonflement des cellules de l'hypothalamus. L'auteur insiste dans les deux observations sur une irritation des cellules ganglionnaires de la région hypothalamique, phénomène peut-être en relation pathogénique avec certains symptômes d'ordre neuro-végétatif.

V.-J. Durand.

Les épilepsies (Las epilepsias), par Henri Gastaut (de Marseille). (*Archivos de criminologia, neuropsiquiatria y disciplinas conexas*, Quito, 2e époque vol. 2, n° 7, juillet-septembre 1954, p. 383-401).

Dans cette conférence, prononcée à la Faculté de médecine de Quito, à l'issue d'une série de cours, l'auteur décrit les types cliniques des épilepsies : 1° généralisées comprenant : *a*) le grand mal ; *b*) le petit mal avec les absences et les myoclonies bilatérales ; 2° partielles : *a*) crises somato-sensitives ; *b*) crises somato-motrices ; *c*) crises à symptomatologie végétative ; *d*) crises à symptomatologie psychique. Les caractères de l'électro-encéphalogramme dans ces divers types cliniques sont rappelés. Puis est proposée une explication physio-pathologique des signes morbides somato-psychiques et électriques. Enfin, sont examinés les problèmes thérapeutiques, successivement dans le domaine médical et dans celui de la chirurgie. L'auteur, dans son exposé, met en relief l'intérêt de classifications actuelles et la valeur de l'électro-encéphalographie.

V.-J. Durand.

Psychologie du contact (Psychologie des Kontaktes), par Josef Rattner (de Zürich). (*Gesundheit und Wohlfahrt, Revue suisse d'hygiène*, 34e année, n° 11, novembre 1954, p. 502-508).

Les développements de la psychothérapie, les recherches psychanalytiques ont montré l'importance des contacts interhumains en psychologie normale et pathologique. L'homme vivant ordinairement au sein de groupements plus ou moins étendus, dans une société plus ou moins complexe, peut montrer des troubles marqués dans son comportement si une éducation défectueuse ou une autre cause a altéré sa capacité de contact avec autrui. L'auteur étudie ces problèmes d'un point de vue assez large, éclectique, s'inspirant des conceptions psychanalytiques, mais s'en éloignant parfois, en particulier, en ce qui concerne la sexualité.

V.-J. Durand.

Histoire d'un travesti : l'Eonisme, par J. Delay, P. Deniker, Th. Lemperière et J. C. Benoit (*L'encéphale*, t. 43, 1954, n° 5, p. 385-398).

Les auteurs rapportent un cas à la riche symptomatologie concernant un homme de 47 ans, d'un niveau intellectuel supérieur, à l'hérédité psychopathique chargée, montrant des tendances à l'éonisme, au fétichisme, avec intoxication éthylique accentuée, polynévrite, apparition tardive de troubles hypocondriaques. On peut retrouver dans l'enfance les premiers éléments de l'évolution ultérieure. Les auteurs montrent les modalités d'intrication et de combinaisons des différents éléments du riche syndrome clinique, la parenté dans ce cas entre le narcissisme du début et les plaintes motivées par la polynévrite, plaintes par lesquelles le malade tyrannise son entourage. Divers commentaires sont faits sur la question du travestissement, le fétichisme, le narcissisme. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Evaluation critique du réflexe du facial en neuro-psychopathologie infantile (Valutazione critica del riflesso del facciale in neuro-psicopatologia infantile), par Sergio Levi et Guido Noccioli (de Florence). (*Infanzia anormale*, nouvelle série, fasc. 7, juillet-septembre 1954, p. 382-390).

Recherché sur un groupe de 350 enfants avec troubles neuro-psychiques, le réflexe du facial s'est montré fréquent, mais guère plus que chez les enfants normaux. Il n'a pas une valeur pathologique absolument sûre ; cependant, il serait spécialement présent en cas de troubles caractériels. Il pourrait traduire un certain degré d'éréthisme nerveux et éveiller l'attention sur la possibilité du développement ultérieur de manifestations psychiques anormales. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

L'écriture comme moyen de recherche du comportement psychomoteur des oligophrènes (La scrittura quale mezzo di indagine del comportamento psicomotorio dei frenastenici), par F. Biagiotti (d'Arezzo). (*Infanzia anormale*, nouvelle série, fasc. 7, juillet-septembre 1954, p. 408-415).

Examinant le comportement graphique de quinze enfants oligophrènes, l'auteur estime que l'écriture peut être considérée comme une manifestation

psychomotrice particulièrement apte à mettre en évidence certains aspects caractéristiques de la personnalité. En effet, le mouvement de la main pour tracer des signes déterminés est strictement lié à l'activité psychique de chaque sujet. Les altérations du rythme, de la forme, les signes de désordre sont spécialement retrouvés dans l'écriture des oligophrènes. Il est intéressant de comparer l'écriture spontanée et l'écriture copiée. Quatre figures. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Pensée magique et joie mystique, par Jean Delay, Robert Volmat et Marcel Raclot (*L'encéphale*, t. 43, 1954, n° 6, p. 481-499).

Les auteurs rapportent une intéressante observation d'état d'excitation chez une jeune femme de 27 ans, avec allure maniaque au début, puis apparition d'une crise délirante assez riche, à thème essentiellement mystique. Le délire conserva pendant son évolution une unité remarquable différente de ce qui se voit dans les délires maniaques. La malade a plutôt traversé une véritable expérience mystique, presque extatique, avec pensée magique. Les signes s'apaisèrent par le traitement (chlorpromazine) avec correction des idées délirantes. Il faut noter que la malade présentait avant cet épisode psychique des tendances nettes au mysticisme et au prosélytisme.

V.-J. Durand.

Les rapports entre psychasthénie et schizophrénie du point de vue biologique (I rapporti tra psicastenia e schizofrenia dal punto di vista biologico), par Giorgio Padovani (de Turin). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 43, fasc. 3, 1954, p. 449-464).

La distinction biologique entre psychasthénie et schizophrénie est très difficile. Montrant combien certains résultats sont contradictoires, l'auteur propose une série d'épreuves pouvant présenter une valeur diagnostique ou indiquer la tendance évolutive dans des cas douteux. Il semble que l'on peut admettre un terrain biologique similaire avec des signes d'immaturité. L'apparition du processus schizophrénique amènerait une modification végétative et histologique. Il reste encore beaucoup à faire. Bibliographie.

V.-J. Durand.

La souffrance sur le plan psychosomatique, par R. Laforgue (*Maroc médical*, 33e année, n° 350, juillet 1954, p. 668-692).

La souffrance est liée à la vie. Il est vain et dangereux d'espérer la supprimer totalement. Dénonçant les dangers de certaines formes de l'intellectualisme contemporain, avec abandon de toute notion religieuse, l'auteur montre les troubles qui peuvent en découler : en particulier, développement de nouvelles maladies, « religion » du remède, manifestations psychosomatiques, névrose obsessionnelle. Il faut connaître le besoin profondément ancré dans l'inconscient, d'une croyance, d'une foi. Loin de tout intellectualisme desséchant, le médecin « doit apprendre à tout comprendre, aussi bien la nécessité de certains maux, de certaines souffrances, que de la mort

même, au service de la vie ». Telle est la conclusion de cette conférence prononcée au cours des « Journées sociales du Maroc », en mai 1954.

V.-J. Durand.

Observations sur 70 cas de fugues (Osservazioni su 70 casi di fughe), par Adriano Ossicini (de Rome). (*Infanzia anormale*, nouvelle série, fasc. 7, juillet-septembre 1954, p. 365-381).

L'auteur étudie la question des fugues chez l'enfant. Rappelant les principaux types cliniques de fugues, montrant combien peuvent être différentes les classifications suivant que prime le point de vue psychologique ou psychiatrique, il donne des indications sur 70 cas observés chez l'enfant. L'examen des sujets fugueurs lui révèle la prépondérance d'une origine psychogénétique avec causes conflictuelles subjectives et ambiantales. Dans dix-sept cas seulement pouvaient être invoqués des facteurs organiques. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

L'étude de la fonction morale dans ses rapports avec l'état dangereux, par Olof Kinberg (de Stokholm). (*Theoria. A swedish journal of philosophy and psychology*, vol. 20, nos 1-3, 1954, p. 36-52).

Les fonctions morales de l'homme sont déterminées à la fois par la culture qui domine dans la société où il vit et par la structure personnelle de l'individu. L'auteur étudie quelques types de sujets à fonction morale déficiente, précisant les modalités d'apparition de cette indigence des sentiments éthiques. Il peut s'agir, soit d'un développement insuffisant, soit d'une destruction par des processus pathologiques divers. L'atteinte intellectuelle, affective et conative est variable suivant les cas. De toute façon, il faut reconnaître l'importance de la fonction morale comme frein de l'état dangereux ; de même, on doit tenir compte du lien psychologique existant entre les points de vue hygiénique, esthétique et moral.

V.-J. Durand.

La médecine psychosomatique et l'homme au travail (Die psychosomatische Medizin und der arbeitende Mensch), par Hans Hoff et E. Ringel (de Vienne). (*Wiener Archiv für Psychologie, Psychiatrie und Neurologie*, tome 4, no 3, septembre, 1954, p. 129-145).

Montrant l'importance actuelle des troubles liés à des difficultés professionnelles et à l'action traumatisante de la vie moderne, les auteurs étudient ces affections du point de vue psychosomatique. Ils envisagent particulièrement les perturbations circulatoires, les ulcères gastriques, les douleurs vertébrales, les céphalées, indiquant les conditions de leur apparition et les mécanismes psychologiques conscients ou non qui en déterminent la prolongation et l'aggravation. De même, sont rappelés les moyens efficaces pour les combattre, en utilisant les données de la médecine psychosomatique.

V.-J. Durand.

Le test de Thorn à l'A.C.T.H. chez les alcooliques chroniques avant et après cure de désintoxication, par P. Royer, M. Beis, N. Vernet et M. Burner. (*La revue de l'alcoolisme*, 7e année, n° 5, janvier-mars 1954, p. 108-109).

Chez 28 alcooliques, le test de Thorn à l'A.C.T.H. a été recherché avant et après traitement de désintoxication. Avant la cure, ont été observés : sept réponses normales (cas légers), huit cas avec réponses modérément perturbées, treize cas avec anomalies marquées. Après le traitement, le retour du test à la normale est parallèle à l'amélioration physique et psychique. Le test a donc révélé un déficit de la fonction cortico-surrénalienne chez 75 % des alcooliques traités.

V.-J. Durand.

Le « Minnesota multiphasic personality inventory » de Hathaway et Mc Kinley (Il « Minnesota multiphasic personality inventory » di Hathaway e Mc Kinley), par Mario Pedrelli (de Reggio Emilia). (*Rivista sperimentale di freniatria*, vol. 78, fasc. 1, 31 mars 1954, p. 51-84).

L'auteur décrit en détail le « Minnesota multiphasic personality inventory », étudiant le mode d'administration, les conditions d'interprétation du profil, apportant des résultats personnels chez 118 sujets masculins, dont 75 malades mentaux. Les questions sont reproduites *in extenso* dans leur version italienne. Importante bibliographie.

V.-J. Durand.

Brève histoire de la psychosynthèse (Breve historia de la psicosintesis), par F. Olivier Brachfeld (de Médina, Vénézuela). (*Archivos de criminologia, neuro-psiquiatria y disciplinas conexas*, Quito, 2e époque, vol. 1, n° 3, juillet-septembre 1953, p. 299-307).

Introduite par le Suédois Bjerre, en 1912, la notion de psychosynthèse a été contrariée dans son développement par l'extension de la psychanalyse. L'auteur en retrace l'évolution, les transformations, rappelant ses travaux personnels, indiquant que l'on observe actuellement certaines tendances à donner plus d'importance à la psychosynthèse. Celle-ci ne s'oppose pas à la psychanalyse ; elle la complète. Ainsi pourrait être réalisée une forme de spagirie, union de la synthèse et de l'analyse recherchée par certains penseurs de la Renaissance.

V.-J. Durand.

Corrélations clinico-électro-encéphalographiques dans l'épilepsie, avec regard particulier aux rapports entre les caractéristiques cliniques de la crise et la topographie des altérations bio-électriques dans le diagnostic différentiel des épilepsies (Correlazioni clinico-elettroencefalografiche nella epilessia, con particolare riguardo ai rapporti fra le caratteristiche cliniche della crisi e la topografia delle alterazioni bio-elettriche nella diagnosi differenziale delle epilessie), par Silvio Negri (de Milan). (*Rivista di neurologia*, vol. 24, fasc. 6, novembre-décembre 1954, p. 927-950).

L'auteur a étudié 527 malades atteints d'épilepsie clinique, répartis en : grand mal, petit mal, seul ou associé au grand mal, crises en foyer. Les

trois peuvent se diviser en trois types fondamentaux : bilatéraux synchrones, diffus, focaux. Dans l'ensemble, il y eut 25,7 % de tracés normaux ou à la limite, 32 % de tracés focaux, 16,3 % d'anomalies bilatérales synchrones, 25,7 % d'altérations diffuses. La proportion des tracés normaux diminue de l'épilepsie grand mal à l'épilepsie petit mal, puis à l'épilepsie focale. Il y a une nette correspondance dans l'épilepsie en foyer entre les caractéristiques cliniques de la crise (et surtout des phénomènes initiaux) et la localisation électrique. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Contribution à la connaissance des rapports entre schizophrénie, épilepsie et psychoses épileptiques (Contributo alla conoscenza dei rapporti tra schizofrenia, epilessia e psicosi epilettiche), par Luciano Agostini et Giovanna Ballardini (de Rome). (*Rivista di neurologia*, vol. 24, fasc. 6, novembre-décembre 1954, p. 951-979).

Les auteurs rapportent le cas d'une épileptique qui montrait, en même temps que des crises de grand et de petit mal, des symptômes schizophréniques. Les deux affections évoluaient parallèlement. Ils examinent ensuite les psychoses épileptiques, dont le mode de début, la phénoménologie des délires et des hallucinations, l'état de la conscience, l'affectivité, l'évolution sont à opposer à ce qu'on observe dans la schizophrénie. Trois cas de psychose épileptique sont ensuite décrits, dont l'un peut être classé dans les « états crépusculaires épisodiques » de Kleist. Pour les auteurs, ces états doivent être rangés parmi les manifestations psychiques de l'épilepsie. Enfin, sont étudiés les comportements différents des épileptiques et des schizophrènes à l'égard du test de Rorschach. Importante bibliographie.

V.-J. Durand.

Contribution à l'étude des agénésies du corps calleux (Contributo allo studio delle agenesie del corpo calloso), par Giovanni Fattovich (de Venise). (*L'Ospedale psichiatrico*, 22e année, fasc. 2, avril-juin 1954, p. 109-130).

L'auteur présente une étude clinique, anatomique et histologique complète de deux cas d'agénésie du corps calleux ; chez le premier malade, n'existait que le segment antérieur du corps calleux ; chez le second, l'agénésie était complète et s'associait à une hydrocéphalie interne congénitale et à une épendymite granuleuse. Dans les deux observations, on notait l'absence du faisceau anormal de Forel-Onufrovicz. Vingt-trois photographies. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Observations sur le réflexe controlatéral de la paroi abdominale (Osservazioni sul riflesso controlaterale della parete addominale), par Domenico Angrisani (de Naples). (*L'Ospedale psichiatrico*, 22e année, fasc. 2, avri -juin 1954, p. 131-148).

L'auteur a recherché, chez des malades atteints d'affections neuro-psychiques, le réflexe controlatéral de la paroi abdominale décrit en 1945 par Tramer. Ce signe, obtenu par percussion en différents points de la paroi

antérieure de l'abdomen, trouvé fréquemment dans des conditions pathologiques variées, peut être considéré comme traduisant de façon générale l'hyperexcitabilité nerveuse. Il ne s'agit pas d'un réflexe spécifique de la chorée. Quelques considérations sont faites sur le mécanisme de production du réflexe controlatéral de la paroi abdominale.

V.-J. Durand.

Le sillon du pôle occipital (Il solco del polo occipitale), par Giovanni Fattovich (de Venise). (*L'Ospedale psichiatrico*, 22e année, fasc. 1, janvier-mars 1954, p. 22-26).

Au cours d'autopsies, l'auteur a rencontré la présence du sillon du lobe occipital chez 64 cerveaux d'adultes, d'âge varié. Dans 31 cas, le sillon était bilatéral. Des 33 autres cas, 27 concernaient le côté droit, 6 le côté gauche. L'existence du sillon semble liée, généralement, au trajet anormal du sinus longitudinal supérieur ; plus rarement à une saillie osseuse de la face interne de l'écaille de l'occipital. Dans 30 cas sur 34, spécialement étudiés, la disposition du pressoir d'Hérophile était anormale. Deux photographies.

V.-J. Durand.

La narcoanalyse comme moyen révélateur de délires dissimulés chez des malades mentaux et chez des sujets soumis à une étude d'expertise psychiatrique dans le domaine pénal (La narcoanalisi quale mezzo revelatore di deliri dissimulati in malati mentali ed in soggetti affidati a studio peritale psichiatrico in campo penale) par Felice Colapietra (d'Aquila). (*L'Ospedale psichiatrico*, 22e année, fasc. 1, janvier-mars 1954, p. 27-42).

Après une revue d'ensemble des différents moyens narco-analytiques anciens et modernes, l'auteur rapporte neuf cas pour lesquels l'emploi du narcovène a été particulièrement utile pour mettre en évidence des délires dissimulés chez des malades mentaux. Exposant les discussions récentes à propos de la légitimité de la narcoanalyse au cours des expertises médico-légales psychiatriques, l'auteur pense que cette méthode peut être utilisée dans ces cas dans un but diagnostique. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Le signe de Prezzolini-Barany (Il segno di Prezzolini-Barany), par Alvaro Patuelli (d'Imola). (*L'Ospedale psichiatrico*, 22e année, fasc. 1, janvier-mars 1954, p. 11-21).

Le signe décrit en 1913 par Prezzolini et Barany consiste, chez des hémiplégiques anciens, dans la déviation conjuguée des yeux vers le côté paralysé, au cours de l'occlusion forcée des paupières. A propos de quatorze observations personnelles, l'auteur montre que le signe peut aider dans le diagnostic de la localisation hémisphérique en cas de néoplasie cérébrale. Les globes oculaires dévieraient vers le côté pour lequel les muscles oculomoteurs se trouvent en état d'hypertonie. Le plus fréquemment, l'hypertonie se rencontre au niveau des muscles qui font mouvoir le globe oculaire dans une direction opposée à celle du foyer morbide central.

V.-J. Durand.

Les rhumatismes chroniques dans la pratique neuro-psychiatrique. Indications psycho-somatiques et profils psychologiques, par M. Schachter (de Marseille). (*L'Ospedale psichiatrico*, 22e année, fasc. 2, avril-juin 1954, p. 149-166).

L'auteur a étudié quinze malades présentant des atteintes rhumatismales chroniques. Chez neuf d'entre eux, ont été retrouvées, par l'examen clinico-psychologique et le Rorschach, des difficultés à caractère personnel, intime : problèmes socio-économiques ou psycho-affectifs. Le dépouillement des protocoles du test de Rorschach permet de mettre en évidence certains profils psychologiques, d'ailleurs non étroitement spécifiques. L'organopathie rhumatismale, chez certains malades, devient une justification ou une surjustification permettant le maintien de la névrose dont le malade se sert plus ou moins consciemment pour mieux supporter les difficultés de la vie. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Discussion sur la schizophrénie (Discussion on the schizophrenia), par A.M. Fiamberti (Extrait de six pages des Atti del primo congresso internazionale di Istopatologia del sistema nervoso, Rome, 8-13 septembre 1952, Tipografia G. Donnini-Pérouse).

Montrant le peu de résultats valables obtenus par la recherche histologique dans le domaine de la schizophrénie, rappelant que Bleuler considérait cette maladie comme une affection organique avec une superstructure psychogène, l'auteur pense qu'elle ne dépendrait pas de lésions anatomo-histologiques permanentes, mais serait en rapport avec des troubles physiogènes dynamiques du système nerveux. Il faut admettre, pour lui, des perturbations, réversibles au début, dans la fonction de médiation chimique interneuronique.

V.-J. Durand.

Etat mental des leucotomisés, par Mauricio de Medeiros et J. Alves Garcia (*Jornal brasileiro de psiquiatria*, vol. 3, n° 3, 1954, p. 227-254).

Les auteurs ont observé 105 leucotomisés, présentant diverses psychoses et ayant suivi des opérations de type variable. La détérioration mentale s'est montrée proportionnelle à la lésion opératoire. Une révision est faite des travaux portant sur l'état mental des leucotomisés. La catatonie apparaît une contre-indication, sauf en cas d'agitation marquée. Pour la recherche de l'état mental, on peut utiliser l'appréciation clinique, le jugement de la capacité de réadaptation sociale et pragmatique, l'évaluation de la détérioration mentale par des tests psychologiques appropriés. Chez les schizophrènes, les résultats sont parfois paradoxaux. Les modifications notées dans certaines fonctions sont rappelées. L'attention est attirée sur la nette analogie de la détérioration avec les suites des traumatismes cranio-encéphaliques. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Sur les phénomènes de l'accoutumance, de l'insensibilité acquise et de l'incitabilité aux ganglioplégiques dans le traitement des malades mentaux (Sui fenomeni della assuefazione, insensibilità acquisita e incitabilità ai ganglioplegici nel trattamento dei malati di mente), par Alfredo Poloni (de Bergame). (*Il cervello*, 31e année, no 1, 15 janvier 1955, p. 41-48).

L'emploi des ganglioplégiques du type du tétraéthylammonium chez des malades mentaux a permis d'observer des phénomènes d'accoutumance, d'insensibilité plus ou moins rapide à l'action du médicament ou même de l'incitabilité, c'est-à-dire de l'exagération des phénomènes morbides antérieurs. La connaissance de semblables faits doit amener l'adoption de diverses précautions dans l'administration des ganglioplégiques : doses initiales assez fortes, cures assez courtes ou discontinues, arrêt immédiat de traitement en cas d'aggravation des troubles par incitabilité.

V.-J. Durand.

Troubles vestibulaires par électrochocthérapie. Quelques observations comparatives après l'action d'un ganglioplégique (Turbe vestibolari da elettroshockterapia. Alcune osservazioni comparative dopo l'azione di un ganglioplegico), par Pasquale Coppola (de Montelupo Fiorentino). (*Il Cervello*, 31e année, no 1, 15 Janvier 1955, p. 67-72).

L'auteur présente quatre cas de perturbations vestibulaires liées à des traitements par électro-choc. Il s'agissait de troubles réversibles, assez discrets, sauf chez un malade pour lequel se révéla efficace l'administration d'un ganglioplégique (chlorhydrate de chlorophénothiazine). L'application d'électro-absences semble dépourvue d'action sur le vestibule.

V.-J. Durand.

Valeur de l'humanisme en psychiatrie (Valore dell'umanesimo in psichiatria) par Giorgio Mora (de Providence, Rhode Island, U.S.A.), (*Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 15e année, fasc. 6, novembre-décembre 1954, p 485-502).

On peut observer dans l'histoire de la psychiatrie une alternance de mépris, soit pour les fondements biologiques, soit pour les bases philosophiques de l'homme. Au cours des siècles, la conception du malade mental a évolué. Le rapport entre médecin et malade n'étant pas purement technique, mais une rencontre de personnes, le point de vue humaniste est indispensable. Il est nécessaire de tenir compte des valeurs humaines. Comme le disait déjà Protagoras, l'homme est la mesure de toute chose. Seule une psychiatrie tenant compte des considérations de l'humanisme est digne d'être adoptée. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Les effets consécutifs stéréoscopiques et les mouvements cyclofusionnels oculaires (Gli effetti successivi stereoscopici e i movimenti ciclofusionali oculari), par Leonardo Ancona (de Milan). (*Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 15e année, fasc. 6, novembre-décembre 1954, p. 571-586).

Les effets consécutifs de la vision de profondeur dépendent des mouvements cyclofusionnels des yeux. Quelques expériences paraissent, au

premier abord, contredire cette interprétation. En réalité, mieux étudiées, elles la confirment. Elles se montrent également utiles pour l'interprétation cyclofusionnelle des « after effects » stéréoscopiques. Il s'agirait d'une interprétation fondamentalement physiologique dans une conception psychologique de la stéréoscopie. Six figures illustrent l'article, qui se termine par des références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Action du fluor sur le relais thyroïdien-hypophysaire démontrée par l'iode 131, par A. Jentzer (de Genève). (*Bulletin der schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften*, vol. 10, fasc. 3-4, octobre 1954, p. 211-220).

Par injection de fluor à des lapins à des doses inférieures, égales ou légèrement supérieures à la dose proportionnelle pour l'enfant, on obtient : une diminution sensible du métabolisme basal, une absence complète de concentration de thyroxine dans la post-hypophyse, enfin un état pathologique de la glande thyroïde. L'auteur conclut en indiquant que ces résultats doivent inciter à la prudence. Il faudrait faire une biopsie du corps thyroïde avec examen histologique et chimique avant et pendant tout traitement par le fluor. Sept figures.

V.-J. Durand.

La dualité Je-Tu et le sentiment de faute (La dualità io-tu e il sentimento di colpa), par Danilo Cargnello, Angelo Della Beffa et Mario Declich (de Sondrio et Milan), (*Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 15e année, fasc. 6, novembre-décembre 1954, p. 504-555).

Les auteurs ont employé le questionnaire de Snoeck pour analyser la façon dont l'expérience de culpabilité est vécue. Ils admettent la possibilité d'une méthode phénoménologico-anthropologique qui puisse montrer la manière dont les névrotiques éprouvent la faute. On peut ainsi observer les modifications du rapport je-tu, celles de « l'être-avec-un autre », celles enfin de la coexistence. On peut voir comment la réalité concrète du malade n'est pas donnée seulement par sa détermination, mais est le résultat d'une dialectique entre le conditionnement et la liberté. Neuf cas sont décrits avec figuration graphique des réponses au questionnaire de Snoeck. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Angoisse et psychopathologie (Angustia e psicopatologia), par E. Portella Nunes (*Jornal brasileiro de psiquiatria*, vol. 3, n° 4, 1954, p. 363-381).

L'auteur rappelle d'abord les conceptions de Kierkegaard et Heidegger dans lesquelles le problème de l'angoisse, d'une énorme importance, se trouve lié à la structure globale du Dasein comme « être dans le monde ». Freud et les psychanalystes centralisent, pour leur part, dans l'angoisse, le conflit névrotique. Pour Goldstein, l'angoisse est un phénomène vital surgissant quand un problème correspondant à l'essence même de l'organisme est impossible à résoudre, d'où réaction catastrophique. L'angoisse est un des éléments essentiels de l'homme. Pour terminer, l'auteur rapporte le cas

d'une malade dont les manifestations anxieuses s'accompagnaient du sentiment de la perte de la signification du monde, phénomène décrit par Heidegger. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Sur l'angiotectonique des ganglions spinaux (Sull' angiotettonica dei gangli spinali), par Guido Castorina et Paolo Severini (de Rome). (*Rivista di neurologia*, vol. 24, fasc. 6, novembre-décembre 1954, p. 885-894).

Les auteurs étudient à l'aide de la méthode de Pickworth l'architecture vasculaire des ganglions spinaux. Rappelant les données classiques, ils analysent leurs résultats personnels. Ils pensent pouvoir identifier dans quelques ganglions deux types de disposition vasculaire : l'un semblant en rapport avec la capsule connectivale périganglionnaire, l'autre sans doute lié à un ou plusieurs gros vaisseaux centraux. Huit figures. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Métastases spinales de pinéalome (Metastasi spinale da pinealoma), par Luigi Catalano et Alberto Ederli (de Rome). (*Rivista di neurologia*, vol. 24, fasc. 6, novembre-décembre 1954, p. 895-914).

Les auteurs décrivent une observation de tumeur de l'épiphyse dont l'évolution fut compliquée par un syndrome de compression médullaire, le tout apparu chez un homme de 31 ans. La métastase intéressait le cône terminal et l'épicône. Histologiquement, il s'agissait d'un pinéalome anisomorphe. La mort survint par infection urinaire et collapsus cardiovasculaire. L'autopsie montra la tumeur épiphysaire, des dimensions d'une grosse cerise. A l'occasion de ce cas, les auteurs font une revue de la littérature et discutent le problème des métastases des tumeurs primitives du système nerveux. Neuf figures. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Chorée segmentaire facio-linguale (Corea segmentaria facio-linguale), par Raffaello di Taranto (de Naples). (*Rassegna di neuropsichiatria*, vol. 8, n° 4, juillet-août 1954, p. 285-289).

L'auteur décrit un cas assez rare de chorée segmentaire facio-linguale apparu chez une malade de 68 ans, avec aggravation progressive des mouvements anormaux, mais sans extension à d'autres régions du corps. La position nosologique du syndrome et le mécanisme physiopathologique sont discutés. Le traitement a compris des injections intraveineuses de sulfate de magnésie associées à l'administration de barbituriques avec une amélioration assez sensible.

V.-J. Durand.

L'électro-cardiogramme après électro-choc (L'elettrocardiogramma dopo elettroshock), par G. Miglio et G. Pasolini (de Brescia). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 43, fasc. 5, 1954, p. 896-906).

Les auteurs ont examiné trente malades pratiquant chez eux un électrocardiogramme avant et après l'électro-choc. La dénivellation du segment ST

et la modification de l'onde T après le choc électrique ne paraissent pas de nature à contre-indiquer le traitement. Il faut, par contre, être plus prudent en cas d'extrasystoles. Celles-ci peuvent être augmentées par le courant électrique, par excitation de centres ectopiques. Il faut craindre alors la fibrillation, donc s'abstenir de l'électro-choc. Reproductions de tracés sur un dépliant en hors-texte. Bibliographie.

V.-J. Durand.

L'association ganglioplégiques et barbituriques en psychiatrie (L'associazione gangliopiegici e barbiturici in psichiatria), par Gabriele Tripi (de Trapani). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 43, fasc. 5, 1954, p. 907-918).

Après avoir décrit la méthode originale de Laborit de l'hibernation artificielle, ainsi que ses modifications pour les applications psychiatriques, l'auteur expose les résultats de la cure par l'association du largactil et des barbituriques dans diverses affections psychiques, se basant sur ses observations personnelles et sur une revue de la littérature. Bibliographie.

V.-J. Durand.

L'association ganglioplégiques et barbituriques en psychiatrie (L'associazione ganglioplegici e barbiturici in psichiatria), par A. Carpiteli a et E. Cirincione (de Trapani). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 43, fasc. 5, 1954, p. 919-936).

Chez quarante malades, dont les observations sont rapportées, les auteurs ont employé la cure associée ganglioplégique-barbiturique. Des résultats favorables ont été obtenus dans les états d'agitation ou d'excitation idiopathique ou symptomatique, dans les états d'anxiété des mélancoliques. L'association sommeil prolongé-hypothermie-hypotension représente le meilleur facteur du succès. De plus, la cure donnerait de meilleurs résultats chez les sujets qui avaient reçu préalablement un traitement combiné de pyrétothérapie et d'électro-choc. Cette hypothèse est à vérifier.

V.-J. Durand.

Effets immédiats et à distance de la thèrapeutique acétylcholinique dans les syndromes schizophrèniques (Esiti immediati e a distanza della terapia acetilcolinica nelle sindromi schizofreniche), par Widmer Fabbri (de Pesaro). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 43, fasc. 5, 1954, p. 937-964).

L'auteur rapporte 185 observations de schizophrènes traités par la méthode acétylcholinique de Fiamberti. Il a noté, non seulement une amélioration immédiate, mais aussi des progrès durables, même dans des cas rebelles à d'autres traitements. Les résultats favorables dans le domaine psychique se sont accompagnés d'une parallèle amélioration physique. Dans l'ensemble, il y a eu 33,68 % de guérisons et 45,36 % d'améliorations, les formes paranoïde et hébéphrénique étant plus sensibles que la forme catatonique. Le traitement a été très bien supporté.

V.-J. Durand.

Sur le comportement de quelques épreuves de fonctionnalité hépatique chez des malades soumis à la thérapeutique par le largactil (Sul comportamento di alcune prove di funzionalità epatica nei malati sottoposti a terapia con largactil), par Guido Pelizzari et Guiseppe Pellegrini (de Brescia). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 43, fasc. 5, 1954, p. 965-978).

Les auteurs ont recherché le comportement de quelques épreuves de fonctionnalité hépatique sur quarante malades traités par le largactil. Ils ont observé une légère positivité de certaines réactions ; dans trois cas apparut une hépatopathie aiguë bénigne. L'hépatopathie peut être la conséquence de deux facteurs : action toxique légère du 4560 R.P. et disposition constitutionnelle de sensibilité du foie pour le médicament. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Sur le soi-disant « délire mystique » (Sul cosidetto « delirio mistico »), par Bruno Calieri et Anna-Maria Tarantini (de Rome). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 43, fasc. 5, 1954, p. 857-882).

Les auteurs envisagent tout d'abord la phénoménologie de « l'éprouvé » mystique, puis rappellent les interprétations psychologiques et psychopathologiques de ces manifestations, avant de décrire six cas de sujets « délirants mystiques ». Ils concluent que l'expérience mystique peut être anormale, mais pas nécessairement. Les hallucinations et les phénomènes psychosomatiques d'accompagnement ne constituent qu'un aspect secondaire et contingent. Il existe des formes morbides « pseudo-mystiques », dont l'analogie avec les faits mystiques authentiques est purement formelle. Au lieu de parler de « délire mystique primaire », il est plus juste de parler d' « états déliroïdes pseudo-mystiques » ou de « développements délirants sur une base émotionnelle pseudo-mystique ». Importante bibliographie.

V.-J. Durand.

La syringomyélie sans troubles de la sensibilité. Valeur diagnostique des signes dysraphiques. (La siringomielia senza disturbi di senso. Valore diagnostico dei segni disrafici), par E. Manghi (de Parme). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 43, fasc. 5, 1954, p. 883-895).

Trois observations personnelles sont rapportées concernant des syringomyélies débutant par des troubles moteurs et trophiques, sans atteinte de la sensibilité. Il y a syndrome central aux membres inférieurs, syndrome périphérique aux membres supérieurs par lésion du renflement cervical, associés à un état dysraphique. Se basant sur ces cas et sur ceux de la littérature, l'auteur montre que le début de la syringomyélie peut être purement moteur. L'existence de signes de dysraphisme peut constituer une indication en faveur de la syringomyélie. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Auto-expériences avec le L.S.D. (Auto esperienze con L.S.D.), par G. Gamma, B. Bonfante et E. Villata (de Turin). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 43, fasc. 5, 1954, p. 979-988).

Les auteurs décrivent quatre auto-expériences d'intoxication par la diéthylamide de l'acide d.-lysergique. Rappelant les tableaux cliniques obser-

vés antérieurement par d'autres chercheurs, les symptômes constatés montrent que les manifestations obtenues expérimentalement chez des sujets normaux n'ont pas d'analogie véritable avec les troubles mentaux des psychoses. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Les céphalées, par M. Bonduelle. (*Le bulletin médical*, 68e année, n° 22, 15 décembre 1954, p. 483-488).

Nombreuses sont les céphalées, multiples les mécanismes pathogéniques invoqués, diverses les classifications. L'auteur décrit successivement : les céphalées vaso-motrices, la migraine, le syndrome de la temporale superficielle, les céphalées d'effort. Puis, il envisage : des céphalées occipitales, des céphalées psychiques, des céphalées post-traumatiques unies, soit par un élément topographique, soit par un facteur étiologique. L'interprétation causale et pathogénique est alors pleine d'incertitudes. On peut envisager des mécanismes nombreux. Ils permettent de comprendre la difficulté de la thérapeutique dans certains cas. Ses principes essentiels sont rappelés, ainsi que les modalités diverses correspondant à des formes cliniques particulières.

V.-J. Durand.

L'hémisphérectomie comme traitement de l'hémiplégie cérébrale infantile, par M. Bonduelle et Cl. Sallou. (*Le bulletin médical*, 68e année, n° 22, 15 décembre 1954, p. 475-478).

Depuis les hémisphérectomies de Dandy, d'importants progrès ont été accomplis. Une mise au point est possible de l'état actuel de la question. Exposant la nature des lésions de l'hémiplégie cérébrale infantile, les auteurs montrent les résultats fonctionnels obtenus par l'opération, les modifications électro-encéphalographiques. L'intervention consiste en une exérèse en plusieurs temps après hémostase des pédicules vasculaires correspondants, en respectant noyau caudé, thalamus et noyaux sous-corticaux. Les résultats sont, dans l'ensemble, favorables ; amélioration des fonctions motrices, diminution de l'hypertonie, légère altération de la sensibilité, progrès du langage, atténuation des troubles du caractère, disparition des crises comitiales. D'importants progrès ont été obtenus en ce qui concerne la physiologie de l'hémisphère dominant. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Les troubles mentaux au cours des tumeurs de la région mésodiencéphalique, par J. de Ajuriaguerra, H. Hécaen et R. Sadoun. (*L'encéphale*, t. 43, n° 5, 1954, p. 406-478).

S'appuyant sur douze observations personnelles et sur la littérature, les auteurs étudient, de façon complète, les troubles mentaux survenant dans les tumeurs de la région mésodiencéphalique. Après un rappel historique, ils décrivent les différentes formes séméiologiques de ces manifestations psychiques : troubles de la conscience de degré variable, depuis la somnolence jusqu'au syndrome de Korsakow ; états démentiels pouvant simuler la paralysie générale ou la démence sénile ; onirisme et hallucinose ; modi-

fications thymiques avec excitation ou dépression. Ensuite sont envisagés les aspects différents selon la variété topographique de la tumeur : tumeurs hypothalamiques, tumeurs mésodiencéphaliques postérieures, tumeurs thalamiques. Puis sont distinguées les formes selon la nature de la tumeur : gliomes, cranio-pharyngiomes, kystes colloïdes du IIIe ventricule, pinéalomes, tumeurs diverses. En conclusion, les auteurs montrent la fréquence des troubles de la conscience ; le syndrome de Korsakow est particulièrement rencontré, mais si les troubles mnésiques se retrouvent constamment, les fausses reconnaissances et la fabulation sont plus rares. L'onirisme est fréquent. Le syndrome de Korsakow semble correspondre à des lésions, soit fronto-hypothalamiques antérieures, soit holo-ventriculaires. D'autres tableaux cliniques, comme certains états psycho-moteurs (stupeur lucide, mutisme akinétique) viendraient de lésions postérieures. Des tumeurs thalamiques peuvent donner une démence à évolution rapide. Quinze figures illustrent l'étude des observations dont sept vérifiées anatomiquement. Importante bibliographie.

V.-J. Durand.

Les origines et l'état de la psychiatrie dynamique (The origins and Status of dynamic Psychiatry), par E. Stengel (de Londres). (*The British Journal of Medical Psychology*, vol. 27, n° 4, 1954, p. 193-200).

L'auteur montre la place importante occupée actuellement par les conceptions dynamiques en psychiatrie. Il retrouve les origines de ces conceptions dans les travaux de Hughlings Jackson et de Sigmund Freud. Il souligne la valeur des recherches de ce dernier dans le domaine de l'aphasie. L'introduction des vues dynamiques a éclairé d'un jour nouveau beaucoup de problèmes psychiatriques, à condition que l'application en soit rationnelle. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Manifestations céphaliques des discopathies cervicales, par P.-F. Girard (de Lyon). (*Le bulletin médical*, 68e année, n° 22, 15 décembre 1954, p. 467-470).

La question du rôle des discopathies cervicales dans le déterminisme de céphalées et d'autres troubles est assez discutée. L'auteur décrit d'abord les symptômes céphaliques constatés chez des malades présentant des lésions discales cervicales. Ce sont la céphalée, avec surtout douleurs de nuque ou une migraine cervicale, des troubles otologiques (vertiges accompagnés d'angoisse), des signes oculaires subjectifs (fatigue de la vue, douleurs rétro-oculaires) et objectifs (parfois névrite rétro-bulbaire, modifications de la tension artérielle rétinienne, rarement syndrome de Claude-Bernard Horner), symptômes subjectifs (anxiété, asthénie), algies et paresthésies faciales. L'interprétation de ces troubles demeure délicate. Une perturbation neuro-vasculaire semble le plus souvent à admettre. Des manifestations, d'abord fonctionnelles, peuvent se compliquer ultérieurement de signes d'atteinte organique.

V.-J. Durand.

Un cas de maladie de Dercum (Jedan slucaj Dercumove bolesti), par P. Fildisevski (de Skoplje). (*Neuropsihijatrija*, Zagreb, vol. 2, nos 1-2, 1954, p. 66-71).

L'étiopathogénie de la maladie de Dercum est encore incomplètement élucidée. Certains pensent à un trouble thyroïdien, d'autres à une atteinte hypophysaire. L'auteur en décrit un cas avec association d'hémiparkinsonisme. Les signes de ce dernier syndrome avaient précédé le début de l'obésité. Les examens cliniques et biologiques pouvaient permettre d'incriminer chez cette malade un processus inflammatoire en évolution dans la région hypothalamique. Deux figures. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Troubles mentaux comme symptôme dominant de tumeur cérébrale (Psihicke smetnje Kao dominantan Simptom tumora mozga), par N. Persic et N. Grcevic (de Zagreb). (*Neuropsihijatrija*, Zagreb, vol. 2, nos 1-2, 1954, p. 72-87).

Sept cas de tumeurs cérébrales sont rapportés avec prédominance des troubles mentaux. Dans trois, ils simulaient des psychoses endogènes. Les lésions consistaient six fois en tumeurs du lobe frontal ou du lobe temporal gauches, une fois en craniopharyngiome du plancher du IIIe ventricule. Le diagnostic est très difficile dans ces formes mentales, les modifications psychiques ne dépendant pas du siège de la tumeur. C'est pourquoi les procédés d'exploration complémentaires sont particulièrement indiqués pour découvrir la néoplasie cérébrale. Trois figures. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Régression atypique de symptômes aphasiques (Atipican tok regresije afatickih Smetnja), par Blazevic Duska (de Zagreb). (*Neuropsihijatrija*, Zagreb, vol. 2, nos 1-2, 1954, p. 44-55).

Les relations entre aphasie et image corporelle sont discutées, en se basant sur cinq observations de malades atteints d'aphasie sensori-motrice, par accident vasculaire cérébral. Les mots désignant des objets connus concrets étaient compris, tandis que les noms des diverses parties du corps ne l'étaient pas. Il faut donc admettre des troubles autotopoagnosiques surajoutés à l'aphasie. L'existence d'autotopoagnosie prolonge la récupération des symptômes aphasiques pour les mots désignant les segments corporels. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Psychoses dues au déficit de l'acide nicotinique (Psihoze kod deficita nikotinske kiseline), par Rogina Vlado (de Vrapce, Zagreb). (*Neuropsihijatrija*, Zagreb, vol. 2, nos 1-2, 1954, p. 56-65).

Dix cas de psychose par déficit d'acide nicotinique sont décrits. L'étiologie alcoolique est importante. Le syndrome aigu fut souvent d'allure grave à type de délire toxique. Des formes confusionnelles, catatoniques, maniaques et dépressives sont également possibles. La psychose pellagreuse ne comprend qu'une partie des troubles mentaux par manque d'acide nicoti-

nique. Ces symptômes peuvent se voir dans l'alcoolisme chronique et certaines formes atypiques de psychoses séniles. Le traitement rationnel doit être appliqué. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Hémorragie sous-arachnoïdienne (Subarahnoidalna Krvarenja), par R. Lopasic (de Zagreb). (*Neuropsihijatrija*, Zagreb, vol. 2, nos 1-2, 1954, p. 1-34).

La classification de Sands des facteurs étiologiques d'hémorragies sous-arachnoïdiennes est très commode. La rupture d'anévrysmes intracraniens congénitaux, mycosiques ou athéroscléreux est une cause fréquente. L'auteur, pendant les trois dernières années, a observé trente-six cas dont dix mortels. Dans neuf autopsies, il fut trouvé six ruptures d'anévrysmes. Dans les dix autres cas, il y avait : hypertension, endocardite. Pour l'un, la cause demeure inconnue. Chez les vingt-six malades qui survécurent, l'angiographie montra six fois un anévrysme. Le pronostic immédiat est déterminé par l'importance et le siège de l'hémorragie, le pronostic lointain par les récidives possibles. L'angiographie, très utile, ne doit pas être faite avant la fin de l'hémorragie. Des ponctions lombaires ou cisternales prudentes sont intéressantes pour le contrôle. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Contribution à la symptomatologie et à la théorie de la causalgie (Prilog simptomatologiji i teoriji Kauzalgije), par D.T Dimitrijevic et Egon Rajner (de Sarajevo). (*Neuropsihijatrija*, Zagreb, vol. 2, nos 1-2, p. 33-43).

Les auteurs rapportent un cas de causalgie après blessure par projectile dans la région axillaire droite. Les troubles apparurent au bout d'un mois, d'abord aux jambes, puis à la main droite. La douleur était exagérée par toutes les excitations sur l'ensemble du corps, ainsi que par des stimulations optiques, auditives et même psychiques. On peut rapprocher ces phénomènes de l'hyperpathie thalamique. Dans la causalgie, le flux incessant d'impulsions douloureuses s'écoule de la lésion périphérique vers le thalamus, ayant une action irritante sur celui-ci. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Le pédiatre, le pédo-psychiatre et le psychologue en hygiène mentale infantile O pediatra, o pedo-psiquiatra e o psicologo em higiene mental infantil), par Vitor Fontes (de Lisbonne). (*Jornal brasileiro de psiquiatria*, vol. 3, no 3, 1954, p. 301-322).

La complexité des problèmes posés par l'hygiène mentale infantile nécessite la collaboration du pédiatre, du pédo-psychiatre et du psychologue. Leur travail commun peut d'ailleurs soulever certaines difficultés, par exemple, en ce qui concerne la position du psychologue. En principe, l'observation de l'enfant doit être commencée par le pédo-psychiatre et continuée par le psychologue ; le traitement doit être appliqué par le médecin et le psychologue, celui-ci étant surveillé par le premier. De toute façon, il faut signaler l'insuffisance quantitative des pédo-psychiatres pour assurer une bonne hygiène mentale infantile, même dans les pays les plus civilisés.

V.-J. Durand.

Contribution anatomo-clinique à l'étude des tumeurs des ventricules latéraux (Contributo anatomo-clinico allo studio dei tumori dei ventricoli laterali), par Arnaldo Pansini et Antonio Marra (de Rome). (*Rivista di neurologia*, vol. 24, fasc. 6, novembre-décembre 1954, p. 980-1018).

Les auteurs font une revue de la question des tumeurs des ventricules latéraux à propos de trois cas dont l'observation anatomo-clinique est rapportée. Chez deux des malades s'associait un méningiome de la voûte. On peut discuter les conditions embryogéniques de cette association. Trente et une figures. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Sur le caractère familial des syndromes tumoraux hypophysaires (Sulla familiarità delle sindromi tumorali ipofisarie), par Fortunata Matarazzo et Milton S. Poulakis (de Rome). (*Rivista di neurologia*, vol. 24, fasc. 6, novembre-décembre 1954, p. 1019-1031).

Les auteurs décrivent quatre cas de syndromes hypophysaires tumoraux observés dans une même famille. Cette coïncidence familiale est assez rare et elle soulève de difficiles problèmes. Dans les cas présents, il y avait une prédisposition familiale aux hypertrophies glandulaires. Six figures.

V.-J. Durand.

Le test de Rorschach dans l'épilepsie. II, Revue de la littérature, par J. Delay, P. Pichot, T. Lempérière et J. Perse (*L'encéphale*, t. 43, n° 6, 1954, p. 535-562).

Les auteurs font une étude critique soigneuse de la littérature concernant le test de Rorschach dans l'épilepsie. Parmi les publications, certaines ne sont pas utilisables, reposant sur un trop petit nombre de sujets ou ne comportant pas une recherche statistique valable. De l'ensemble des travaux à retenir, il est possible d'observer combien le problème reste difficile à résoudre. Les modifications du test de Rorschach chez l'épileptique adulte sont liées à des éléments névrotiques, organiques, et peut-être constitutionnels. La relation avec la forme clinique ou étiologique n'est pas sûre. De même, le diagnostic est parfois malaisé entre épilepsie et atteinte organique cérébrale sans épilepsie. L'étude des enfants épileptiques est encore plus délicate. Les résultats obtenus sont très contradictoires. Importante bibliographie.

V.-J. Durand.

Fondements de l'hibernothérapie et son application psychiatrique (Fundamentos da hibernoterapia e sua aplicaçao psiquiatrica), par Diogo Furtado (de Lisbonne). (*Jornal brasileiro de psiquiatria*, vol. 3, n° 3, 1954, p. 273-300).

Rappelant les travaux de Reilly, de Ricker, de Selye, sur les mécanismes de défense de l'organisme et leur rôle dans l'apparition d'accidents pathologiques, l'auteur évoque les recherches de Laborit, puis expose les principes de l'hibernothérapie. Il en étudie les applications, particulièrement en psychiatrie, puis rapporte les résultats de sa pratique personnelle. Il emploie une association de chlorpromazine, d'antihistaminique de synthèse et d'un

barbiturique. Un antibiotique (pénicilline-retard) est ajouté pour prévenir des infections secondaires. Les différentes indications du traitement sont rappelées. Les résultats ont été très encourageants. Il n'y eut pas de complications, ni d'incidents notables.

V.-J. Durand.

Les paralysies linguales d'origine diphtérique, par P. Pagès et A. Pagès. (*Montpellier médical*, 97e année, 3e série, t. 46, n° 4, novembre 1954, p. 221-224).

Les auteurs rapportent un cas, survenu chez un enfant de 9 ans 1/2, d'hémi-paralysie linguale révélatrice d'une diphtérie passée inaperçue et associée ultérieurement à des paralysies périphériques à topographie hémiplégique. L'aspect clinique de cette paralysie isolée du grand hypoglosse, les particularités de l'évolution constituent l'intérêt de cette observation, à propos de laquelle est faite une évocation des modalités plus classiques de paralysie diphtérique de la douzième paire. En présence d'une hémiplégie linguale, même isolée, il faut penser à l'étiologie diphtérique possible. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

L'A.C.T.H. et la cortisone dans le traitement des affections neurologiques, par R. Lafon et J. Minvielle. (*Montpellier médical*, 97e année, 3e série, t. 46, n° 4, novembre 1954, p. 276-283).

Les auteurs ont employé l'A.C.T.H. et la cortisone (avec préférence pour la première) chez quarante malades atteints d'affections neurologiques diverses. Si le traitement s'est montré inutile dans la poliomyélite et les syndromes dégénératifs médullaires, il a été efficace dans la myasthénie, dans certaines névraxites avec localisation bulbo-protubérantielle, dans la sclérose en plaques et surtout dans la chorée de Sydenham. Au cours de cette dernière maladie, il y a intérêt à prescrire un traitement d'entretien par l'insuline et le salicylate pour éviter des rechutes. Bibliographie.

V.-J. Durand.

L'assistance familiale à Gheel (Die Familienpflege in Gheel), par H. J. Gibitz (d'Innsbruck). (*Wiener Archiv für Psychologie, Psychiatrie und Neurologie*, t. 4, n° 4, décembre 1954, p. 199-210).

L'auteur, après un séjour à la colonie belge d'assistance familiale de Gheel, expose les principes d'organisation de cette formation. Il en montre les avantages sur l'évolution des maladies mentales, sur le développement de la thérapeutique. Tous les points essentiels sont rappelés, ainsi que les données numériques (entrées, rechutes, transferts, décès, incidents, etc...) concernant l'année 1953. Quelques insuffisances actuelles sont signalées (manque de personnel, connaissances psycho-pédagogiques souvent limitées des nourricières, conditions hygiéniques parfois peu satisfaisantes). Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Etudes anatomique et physiologique de l'encombrement pharyngé et de ses conséquences au cours des comas, par P. Castaigne et F. Lhermitte (*Le bulletin médical*, 68e année, n° 22, 15 décembre 1954, p. 471-474).

L'encombrement du pharynx est une complication très fréquente des états comateux. Il est utile d'en connaître le mécanisme. Rappelant les définitions des différents temps de la déglutition, les auteurs précisent les causes de l'encombrement pharyngé : introduction intempestive de liquide par la bouche, sécrétions buccales, nasales et pharyngées, vomissements, régurgitations, sécrétions trachéo-bronchiques. Il y a abolition du temps pharyngé de la déglutition, impossibilité de rejet par la bouche, d'où accumulation de véritables « corps étrangers », principalement dans les gouttières pharyngo-laryngées. Les conséquences en sont graves, avec passage dans l'arbre aérien avec toutes ses complications. D'où la nécessité du traitement correct de l'encombrement pharyngé.

V.-J. Durand.

Les traitements chirurgicaux de la névralgie faciale sans sacrifice de la racine du trijumeau, par P. Bouygues (*Le bulletin médical*, 68e année, n° 22, 25 décembre 1954, p. 479-481).

L'intervention pratiquée par Palla Taarnhöj représente un progrès pour le traitement de la névralgie faciale. Elle consiste en une incision de la dure-mère au-dessus de la partie postérieure du ganglion de Gasser, sans section de la racine, mais avec section du sinus pétreux. La modification apportée par A. Stender, qui se contente d'ouvrir le cavum de Meckel sans couper le sinus pétreux, constitue un nouveau progrès. Bien que le recul soit encore de peu de durée et que les statistiques soient peu nombreuses, les résultats sont particulièrement encourageants. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Personnalité et délinquance (Personalidad y delincuencia), par Honorio Delgado. (*Revista de neuro-psiquiatria*, Lima, t. 17, n° 3, septembre 1954, p. 253-264).

La personnalité psychopathique est celle qui a le plus tendance à accomplir le délit, parce qu'elle manque de centre de gravité et de mesure pour s'adapter à l'ambiance. Chez les sujets considérés comme normaux, la délinquance ne dépend pas principalement de la personnalité, mais des influences du milieu. De toute façon, chez les normaux, aussi bien que chez les psychopathes, les causes les plus fréquentes des troubles de la conduite sont la désorientation spirituelle, la suggestion, les passions et le ressentiment.

V.-J. Durand.

Contribution à l'étude de la rage humaine (Contribucion al estudio de la rabia humana), par J.-O. Trelles, S. D. Roedenbeck et Franz Polack. (*Revista de neuro-psiquiatria*, Lima, t. 17, n° 3, septembre 1954, p. 265-331).

Les auteurs présentent l'étude anatomo-clinique de quatre cas de rage humaine par morsure de chien enragé. Trois cas appartenaient à la forme

furieuse ou excito-motrice, le dernier à la forme paralytique. Le virus a atteint surtout la substance grise. La rage peut être considérée comme une véritable polio-encéphalomyélite. Les régions principalement touchées sont l'hypothalamus, le locus niger, le bulbe, le cervelet, la corne d'Ammon, les ganglions, le thalamus, le locus ceruleus. On pourrait donc parler de ganglio-myélo-mésencéphalo-diencéphalite. 88 figures. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Cisterno- et pneumo-encéphalographies fractionnées (Cisterno y neumo-encefalografia fraccionada), par Esteban D. Rocca et Eliseo Monteagudo. (*Revista de neuro-psiquiatria*, Lima, t. 17, n° 3, septembre 1954, p. 332-340).

La pneumo-encéphalographie et la cisternographie fractionnées sont des méthodes de diagnostic dynamique, comparables à l'étude radioscopique. Elles éliminent les dangers de l'iode et de la ventriculographie, sont faciles à exécuter, donnent d'utiles renseignements. Les auteurs rappellent les résultats de vingt-neuf examens : quatre tumeurs supra-tentorielles, trois tumeurs sellaires, sept arachnoïdites opto-chiasmatiques, cinq traumatismes craniens, cinq cysticercoses, trois processus médicaux, une épilepsie, un tuberculome sous-tentoriel. Neuf figures.

V.-J. Durand.

Le test de la grappe de raisin et les mineurs anormaux (Il test del grappolo d'uva e i minori anormali), par Ernesto Carrai (de Venise). (*Infanzia anormale*, nouvelle série, fasc. 7, juillet-septembre 1954, p. 391-407).

L'auteur a employé le test de Lamparter chez 164 enfants anormaux. Les résultats sont différents suivant qu'ils sont atteints d'instabilité, d'oligophrénie moyenne, d'oligophrénie profonde. Dans l'ensemble, ces résultats ne diffèrent pas beaucoup de ceux du test original ou de la modification de Sanguinetti et Sigurtà.

V.-J. Durand.

La schizophrénie infantile (La schizofrenia infantile), par Giovanni Bollea (de Rome). (*Infanzia anormale*, nouvelle série, fasc. 7, juillet-septembre 1954, p. 437-475).

Après un rappel historique et critique, l'auteur expose les différents aspects de la question. Chez les enfants au-dessous de 10 ans, le syndrome schizophrénique se différencie nettement de la schizophrénie de l'adulte. Ce qui rend difficile la compréhension du jeune malade, c'est la déficiente intégration de la personnalité avec altération dans le développement de celle-ci. Il est souvent impossible de reconnaître la date du début. Elle dépendrait du degré plus ou moins grave de bouleversement des voies psycho-physiologiques servant à l'établissement de contact avec le monde et à la conquête du réel. Les problèmes diagnostiques et thérapeutiques sont décrits avec détail. Importante bibliographie.

V.-J. Durand.

L'homicide chez les mineurs (L'omicidio nei minori), par Aldo Semerari et Maria Sciarra (de Rome). (*Infanzia anormale*, nouvelle série, fasc. 9, octobre-décembre 1955, p. 681-695).

Dans le langage courant et juridique, les mots : « motif », « but », « intention » sont souvent confondus ; il faut les distinguer au point de vue psychologique. Envisageant le problème de l'homicide chez les mineurs, les auteurs estiment que ceux-ci agissent dans le même cadre de motifs que les adultes. Ces motifs pourraient être classés suivant la stratification des instincts de Jaspers. La classification ainsi obtenue serait supérieure aux autres. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Les personnalités psychopathiques et la psychopathologie sexuelle (Psychopathic Personalities and the Psychopathology of Sex), par Frank R. Barta (d'Omaha, Nebraska, U.S.A.). (*The Nebraska state medical journal*, vol. 39, n° 12, décembre 1954, p. 499-505).

Montrant la valeur des définitions de Prichard, l'auteur considère que le sujet à personnalité psychopathique vit selon une règle de moralité purement subjective. Il ne faut pas confondre l'erreur de la personnalité psychopathique avec celle des personnalités psychotiques ou psycho-névrotiques. Les personnalités psychotiques correspondent aux types décrits par l'auteur: hyperordonnés soumis ou dominant, hypoordonnés soumis ou dominant. Dans le domaine de la psychopathologie sexuelle, on peut distinguer : immoralité sexuelle, personnalité psychopathique avec déviation sexuelle, déviation sexuelle vraie. Le dernier groupe présente les mêmes problèmes que les psychonévroses et certaines psychoses. L'auteur termine en évoquant les personnalités inversées.

V.-J. Durand.

Clubs de thérapie sociale, par Joshua Bierer (de Runwell Hospital, Essex, Grande-Bretagne). (*L'hygiène mentale*, 42e année, n° 3, 1954, p. 75-84).

Le club social de thérapeutique peut constituer une utile forme de psychothérapie à l'hôpital. L'auteur en expose les principes, les modalités de fonctionnement avec gouvernement autonome. Il est indiqué, à l'hôpital psychiatrique, de prévoir : un club pour les malades aigus avec participation du psychiatre, un pour les chroniques, un pour les malades réfractaires. La création de clubs pour les malades externes est très utile. Trois exemples montrent que cette méthode peut s'appliquer avec intérêt dans les cas de tendances antisociales, d'inadaptation à la société ou en adjonction aux autres thérapeutiques. Plus d'une cinquantaine de clubs semblables existent en Grande-Bretagne.

V.-J. Durand.

Comment faire une cure de sommeil, par J.-M. Angel (de Lyon). (*Médecine et hygiène*, Genève, n° 284, 10 février 1955, p. 51).

Il faut obtenir un sommeil réversible, entrecoupé de phases de réveil incomplet. Le malade doit accepter le traitement, c'est l'essentiel. Des

conditions matérielles favorables sont requises. Amytal, bromures, largactil, phénergan, peuvent être utilisés. La surveillance doit être attentive. Il est possible d'obtenir un conditionnement au sommeil permettant de diminuer les doses médicamenteuses. Suivant les fondements physiologiques, on peut distinguer les cures pavloviennes, faites dans l'esprit de mettre au repos l'activité nerveuse supérieure et les cures d'inspiration psychosomatique visant un effet cathartique d'abréaction. Suivant l'indication de la cure de sommeil, on peut adopter l'une ou l'autre modalité.

V.-J. Durand.

L'assistance aux tuberculeux, malades mentaux, dans la réalité (L'assistenza ai tubercolosi ammaliti di mente, nella realtà), par Gino Meneghel (de Feltre). (*Note e riviste di psichiatria*, Pesaro, 80e année, n° 1, janvier-mars 1954, un extrait de huit pages).

L'assistance aux malades mentaux atteints de tuberculose constitue un problème difficile à résoudre. L'auteur expose quelques-unes des solutions possibles. Il est nécessaire d'obtenir une étroite collaboration entre psychiatre et phtisiologue, de prévoir un équipement suffisant, un aménagement architectural répondant aux doubles exigences physiques et psychiques, un personnel compétent, d'éliminer le risque de contagion, de ne pas perdre de vue l'intérêt des malades et de leurs familles.

V.-J. Durand.

Pour une compréhension de la vie affective (Para una comprension de la vida afectiva), par Bernardo Serebrinsky (de Buenos-Aires). (*Archivos de criminologia, neuro-psiquiatria y disciplinas conexas*, Quito, 2e époque, vol. 2, n° 7, juillet-septembre 1954, p. 313-327).

L'affectivité est intrinsèque à la situation qui lui donne naissance ; elle est, par essence, liée à une expérience ainsi qu'à la signification personnelle de la situation. Elle possède des signes organiques d'accompagnement. Elle se révèle par des manifestations significatives, traduisant la subjectivité de la vie affective. Le fait de considérer l'affectivité comme la résonance subjective d'une situation permet de résoudre une difficulté insurmontable autrement : comprendre ce qui se passe dans l'intimité des autres. Telles sont quelques-unes des remarques faites par l'auteur à propos du problème de la vie affective. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Diagnostic de l'élément psychogène en rhumatologie (Diagnostico de lo psicogeno en reumatologia), par S. Montserrat. (*Anales de Medicina, Barcelone, Medicina*, vol. 41, n° 1, janvier 1955, p. 152-156).

Les facteurs psychogènes jouent un rôle très important dans les différents rhumatismes. Pour en préciser le degré et, en même temps, dans un but thérapeutique, l'auteur conseille d'employer une méthode suggestive. Elle comprend, dans une atmosphère psychothérapique convenable et après examen complet du sujet, l'application de courant faradique. On peut distinguer trois sortes de malades : les premiers totalement psychogènes, les seconds ayant un revêtement psychogène qui amplifie les symptômes orga-

niques, les troisièmes sont, ou entièrement organiques, ou ne montrent qu'une faible participation psychique. La méthode mérite d'être largement utilisée dans les centres de rhumatologie.

V.-J. Durand.

Modifications des électrolytes et œdème cérébral au cours du coma insulinique. Applications thérapeutiques aux accidents de la cure de Sakel et à certains syndromes neurologiques et neuro-chirurgicaux, par R. Lafon, M. Billet et B. Billet. (*Montpellier médical*, 97e année, 3e série, t. 46, n° 4, novembre 1954, p. 292-312).

Les modifications des électrolytes (potassium et sodium surtout) et les phénomènes d'œdème cérébral jouent un rôle capital dans la cure de Sakel. Par l'emploi de potassium en injection intraveineuse sous forme de solution hypertonique, associé à la novocaïne à 1 %, on peut combattre les comas prolongés. Il est possible de suivre par des dosages l'évolution des électrolytes et, d'autre part, de pratiquer des électro-encéphalogrammes de contrôle. L'emploi de chlorure de sodium hypertonique permet de combattre l'insulino-résistance. Dans divers syndromes neuro-chirurgicaux, le potassium se révèle très utile. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Le largactil oral dans le traitement des affections mentales (El largactil oral en el tratamiento de afecciones mentales), par Fortunato Ramirez (*Revista de psiquiatria del Uruguay*, 19e année, n° 112, juillet-août 1954, p. 37-44).

Rappelant rapidement les principaux travaux sur l'emploi du largactil en thérapeutique psychiatrique, l'auteur décrit les résultats obtenus par lui en donnant le médicament *per os*. Il a traité surtout des psychonévroses : d'angoisse, obsessionnelles, phobiques. Le succès fut habituel. Egalement ont été soignés des insomniques, des mélancoliques. L'association de l'hyposulfite de magnésium est utile dans la dépression mélancolique. Le largactil a été donné d'abord à la dose de 50 mgr. par jour puis de 100 mgr. Aucun incident important n'a été signalé.

V.-J. Durand.

Syndrome schizophrénoïde dans le cours d'une syphilis nerveuse (Sindrome esquizofrenoide en el curso de una sifilis nerviosa), par F. Ramirez et A. Genis. (*Revista de psiquiatria del Uruguay*, 19e année, n° 112, juillet-août 1954, p. 53-58).

Un malade de 39 ans, après une brève phase d'intoxication alcoolique, devient inerte, négligent, montre des sentiments de haine familiale ; l'évolution prolongée se fait sans déficit intellectuel. On pose le diagnostic de syndrome schizophrénoïde. Le liquide céphalo-rachidien montre un tableau de paralysie générale. Le traitement anti-syphilitique à base de pénicilline et de bismuth amena la guérison après cinq ans de maladie. La syphilis semble avoir joué un rôle déterminant dans l'apparition du syndrome mental.

V.-J. Durand.

Considérations critiques sur les normes actuelles de la procédure pénale dans le domaine de l'expertise psychiatrique (Considerazioni critiche sulle vigenti norme di procedura penale in tema di perizia psichiatrica), par Giacomo Canepa (de Gênes). (*Medicina legale e delle assicurazioni*, vol. 2, fasc. 2, 1954, p. 373-389).

L'auteur expose un cas personnel : procès pour homicide avec vol, dans lequel, expert de la défense, il eut à souffrir de limitations et de restrictions dans le domaine de la recherche psychiatrique. Il s'agissait d'une mauvaise interprétation de l'article correspondant du code pénal. A propos de cette observation, l'auteur fait quelques considérations critiques sur les normes actuelles en procédure pénale et, particulièrement, sur les conditions de l'expertise psychiatrique. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Comportement électrophorétique des protéines sériques à proximité et à distance de graves traumatismes contusifs (Comportamento elettroforetico delle proteine seriche in prossimità ed a distanza da gravi traumi contusivi), par Marco Stassi et Guiseppe Barbagallo-Sangiorgi (de Palerme). (*Medicina legale e delle assicurazioni*, vol. 2, fasc. 2, 1954, p. 493-511).

Les auteurs ont étudié l'électrophorèse sérique de sujets traumatisés, en particulier traumatisés craniens. Quelques heures après l'accident, il y a souvent hypoalbuminémie et hyperglobulinémie. Tardivement, on observe d'habitude hypoprotéinémie, hypoalbuminémie et hyperglobulinémie ; en ce qui concerne les globulines, l'augmentation porte surtout sur les alpha 2, moins sur les alpha 1 et les bêta ; quant aux gamma-globulines, leurs modifications sont variables. Il n'a pas été trouvé de relations entre les résultats observés et le siège du traumatisme. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Le traitement des syndromes schizophréniques par le 4560 R.P. (Chlorpromazine), par R. Lafon, N. Duc, M. Ribstein et Mlle H. Pagès. (*Montpellier médical*, 97e année, 3e série, t. 46, n° 4, novembre 1954, p. 284-291).

Les auteurs ont employé dans les syndromes schizophréniques la cure dite « de somnolence », différente de la cure de sommeil. On l'obtient par la chlorpromazine, soit seule, soit associée à d'autres médicaments donnés à doses assez modérées. L'association de convulsivothérapie se montre particulièrement utile. La conduite de traitement est assez facile, permettant une application commode dans un service hospitalier, sans aménagements architecturaux spéciaux. Les résultats obtenus sont encourageants, spécialement dans les formes récentes, les inconvénients sont minimes. Cette méthode mérite de se développer. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Modifications intellectuelles consécutives à la lobectomie temporale pour épilepsie psycho-motrice, par V. Meyer et A.-J. Yates. (*The Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, vol. 18, n° 1, février 1955, p. 44).

Les malades choisis pour l'opération présentaient un foyer encéphalographique dans la partie antérieure du lobe temporal et n'avaient subi aucune amélioration par les traitements médicaux. Ils furent soumis avant et après l'opération à des tests concernant l'intelligence et à des tests permettant d'apprécier la capacité d'apprendre et de retenir des mots nouveaux. Les résultats diffèrent suivant que l'hémisphère dominant ou l'hémisphère non dominant a été lobotomisé. L'état intellectuel des sujets ne subit aucun affaiblissement quand l'opération a porté sur l'hémisphère non dominant ; l'affaiblissement est très léger, même dans les cas d'opérations sur l'hémisphère dominant. La capacité d'apprendre et de retenir des mots nouveaux est très affaiblie quel que soit l'hémisphère opéré ; elle l'est davantage quand l'hémisphère dominant a subi l'opération ; il est possible que dans ce cas les troubles aphasiques interviennent. Un an après l'opération, cette incapacité d'apprendre est encore manifeste. Elle n'a aucun rapport avec le niveau de l'intelligence du malade. Aucune indication sur l'action de l'opération sur les crises épileptiques et sur l'influence que celles-ci peuvent avoir sur l'état intellectuel des opérés.

L. Marchand.

Les modifications électroencéphalographiques dans la lobotomie unilatérale et bilatérale, par R. Walter, C.-L. Yeager, L.-H. Margolis et A. Simon, (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 3, n° 8, février 1955, p. 591).

L'étude a porté sur 150 malades lobotomisés ; 125 étaient atteints de schizophrénie (43 paranoïdes, 30 catatoniques, 18 hébéphréniques, 34 de type mixte), 14 de mélancolie involutive, 3 de psychose maniaque-dépressive, 4 de psychonévrose obsessive, 2 de psychose et d'épilepsie. Sur ces 150 lobotomies, 117 étaient bilatérales. L'examen électro-encéphalographique fut pratiqué avant et après les interventions. 117 tracés furent pris neuf jours après l'opération bilatérale. Comme conclusion on note que, dans les cas de lobotomie unilatérale et bilatérale, la lenteur des ondes temporales fut le résultat dominant, bien que plus transitoire que celle des ondes lentes frontales. Cette lenteur, observée dans des régions situées en dehors du lobe frontal, peut être interprétée comme le résultat de l'œdème cérébral et de la hernie de l'hippocampe, dû aux manipulations opératoires. Dans 54 cas, dans lesquels l'opération fut unilatérale, le foyer des ondes lentes est situé 26 fois du même côté que la lobotomie ; dans 4 cas, le foyer est plus accusé du côté opposé. 17 sujets présentèrent des crises convulsives. Le tracé électro-encéphalographique pris avant l'intervention ne laissait pas prévoir cette complication. Il y a un certain rapport entre l'intensité des ondes lentes dans les tracés post-opératoires et l'amélioration clinique, la lenteur des ondes lentes est légère ou accusée dans les cas qui n'ont manifesté qu'une légère amélioration clinique ; par contre, une lenteur modérée s'associe avec une amélioration clinique modérée. La lenteur des ondes frontales, quoique allant en s'atténuant, persiste dans la majorité des cas pendant trois ans et souvent plus longtemps.

L. Marchand.

THÉRAPEUTIQUE

Le médecin dans la lutte contre les toxicomanies et les problèmes de l'alcool, par R. Lafon. (*Sud médical et chirurgical*, t. 88, p. 4076-4086, 30 juin 1955).

L'auteur expose avec détails les réflexions variées que lui suggère l'état actuel de la lutte contre les stupéfiants et l'alcoolisme, à la fois au point de vue médical et juridique. Il souligne l'importance maintenant reconnue des facteurs psychologiques dans la genèse de l'alcoolisme et ses interrogations devant les mesures administratives en voie de réalisation ne sont pas exemptes de quelque perplexité. L'action médicale doit s'exercer à la fois dans le domaine individuel et social et éviter surtout les attitudes répressives, que pourraient favoriser certaines dispositions législatives récentes.

J. Alliez.

Introduction à la psychothérapie, par D. Lagache. (*Sud médical et chirurgical*, t. 88, p. 4044-4056, 30 juin 1955).

Les méthodes de psychothérapie visent essentiellement à modifier favorablement les régulations intrapersonnelles et interpersonnelles perturbées. La technique psychanalytique a succédé historiquement aux tentatives psychothérapeutiques de la fin du XIX^e^ siècle mais en est distincte fondamentalement. Pour la classification des psychothérapies, l'auteur considère comme moyen discriminateur le caractère autoritaire ou non de la relation thérapeute-patient, suivant que la cure est « directive » ou « non directive ». La psychanalyse appartient à cette deuxième catégorie mais des traits directifs y existent et restent nécessaires. Sur le plan théorique, la position de la psychanalyse est particulière, en ce qu'elle permet d'entreprendre une conceptualisation, non seulement de sa propre technique, mais aussi des autres psychothérapies. D'autres modes de comparaison entre les méthodes de cure peuvent être utilisés : emploi des statistiques (approche différentielle), recherches sociologiques (étude des conditions culturelles de sociétés archaïques ou en voie de transformation, rôle « institutionnalisé » au point de vue social du patient et du médecin). Le choix de la méthode de psychothérapie à employer doit tenir compte d'un ensemble fourni par les caractères de la maladie, la personnalité du malade et les conditions du milieu (environnement), mais la dimension « directive-non directive » reste le critère le plus sûr, la thérapeutique devant être d'autant plus autoritaire que l'état du sujet est plus régressif ou désintégré et, à l'inverse, le thérapeute devant s'effacer à mesure que le patient acquiert plus de possibilités d'user de son autonomie.

J. Alliez.

Du traitement par la combinaison réserpine-chlorpromazine chez les psychotiques agités, par J.-A. Barsa et N.-S. Kline. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 3, n° 10, avril 1955, p. 780).

La chlorpromazine semble avoir un effet potentialiseur sur la réserpine. Beaucoup de cas qui ne répondent pas à la réserpine seule bénéficient d'un

traitement utilisant les deux produits. Dans la majorité des cas, il est possible d'obtenir de bons résultats sans avoir recours aux injections intramusculaires. De plus, l'ensemble du traitement est moins pénible et moins affligeant pour le malade car la période d'agitation est plus atténuée et plus courte.

L. Marchand.

Des traitements « non convulsifs » dans la pratique clinique, par B.-L. Pacella (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 3, n° 2, mai 1955, p. 845).

L'auteur passe en revue les méthodes thérapeutiques suivantes :

L'inhalation d'acide carbonique a été utilisée par de nombreux cliniciens avec des résultats bien différents dans les états psychonévropathiques.

Le subcoma, ou l'insulinothérapie ambulatoire, est indiqué dans les formes de schizophrénie au début, dans les états anxieux psychonévrothiques ; on l'a recommandé dans de nombreuses formes confusionnelles toxiques. Ce traitement favorise l'action de la psychothérapie. A noter que, parfois, il entraîne des réactions anxieuses.

Les injections intraveineuses d'amytal sodique agissent transitoirement dans les états catatoniques. On peut ainsi vaincre le mutisme et le négativisme. Ce traitement peut être associé à la psychothérapie dans les états dépressifs des psychoses.

La stimulation électrique non convulsive n'a donné à l'auteur que des déceptions.

La stimulation électrique focale, qui provoque des crises jacksoniennes, n'a jusqu'alors donné que des résultats peu concluants, moins bons que l'électrochocthérapie convulsive.

La stimulation lumineuse-métrazol. La stimulation lumineuse seule n'a aucune valeur thérapeutique. Sa combinaison avec la métrazolthérapie non convulsive semble avoir donné quelques résultats intéressants dans les états dépressifs intermittents.

La psychothérapie doit être employée simultanément avec les traitements non convulsifs.

L. Marchand.

Aperçus cliniques des traitements psychiatriques combinés, par D. Annau. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 2, n° 10, avril 1955, p. 734).

L'auteur arrive aux conclusions suivantes : Les méthodes thérapeutiques psychiatriques actuelles ne sont pas spécifiques mais elles ont à un certain degré des actions particulières. Le traitement électro-convulsif améliore toutes les formes de dépression et est capable d'atténuer la tension émotionnelle. Le traitement électrique non convulsif diminue l'anxiété et le malade est plus apte à la psychothérapie. Le traitement par le coma insulinique agit sur l'idéation et le malade peut corriger ses idées paranoïdes. Le traitement par le double électro-choc convient aux états émotionnels très troublés. Les traitements combinés sont indiqués dans les cas où plusieurs mécanismes différents interviennent dans le développement des symptômes psychotiques.

L. Marchand.

Du coma insulinique thérapeutique dans la schizophrénie. Étude portant sur une période de 14 ans, par F.-H. West, E.-D. Bond, J.-T Shurley et C.-D. Meyers. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 3, n° 8, février 1955, p. 583).

Les premiers comas ont été en moyenne de une heure et demie à deux heures ; les autres d'une heure, puis de vingt-cinq minutes. Si au trentième coma le malade ne manifestait aucune amélioration, l'auteur associait au traitement l'électrochocthérapie. Comme résultat, on notait l'amélioration immédiate ou la rémission chez 67,7 % des 780 malades qui ont été suivis de 1936 à 1951. Parmi les sujets qui furent améliorés, 334, soit 63,3 % ont rechuté. Chez 44 %, la rechute a eu lieu pendant les 30 jours après le traitement et dans 78 % au cours de l'année suivante. Parmi les 122 sujets qui ont présenté une rechute, 52 % ont été rétablis ou ont présenté une rémission sans l'action d'un deuxième traitement par comas insuliniques. Les facteurs qui autorisent un pronostic favorable sont : l'âge au-dessus de 16 ans, les psychoses ayant débuté depuis moins de six mois et se manifestant sous les formes paranoïdes, catatoniques, ou de schizophrénie indifférenciée. Le pronostic est également bon si, après le trentième ou le quarantième coma, le poids du corps a augmenté de 30 livres. Les comas insuliniques n'ont aucune action comme préventifs de schizophrénie.

L. Marchand.

De l'insulinochocthérapie intense. Observations portant sur cinq années. par E.-P. Brannon et W.-L. Graham. (*The American Journal of Psychiatry*, vol 3, n° 9, mars 1955, p. 659)

L'étude porte sur 528 sujets âgés de 25 à 30 ans. Les doses d'insuline ont été de 300 à 1.000 unités par traitement et parfois de 1.000 et de 1.600 unités. La moyenne des heures de coma est de 131,5 par malade. La guérison fonctionnelle a été obtenue dans 47,4 % et dans 71,3 % suivant les différentes formes de schizophrénie, dans 77,7 % et même 100 % dans la psychose maniaque-dépressive. Les bons résultats sont sensiblement les mêmes chez les hommes et les femmes ; ils sont plus nombreux chez les sujets de race blanche que chez ceux de race noire. Les guérisons sont surtout plus nombreuses chez les jeunes sujets, particulièrement chez les malades âgés de 20 à 25 ans. Les guérisons sont d'autant plus rares que la maladie a eu une plus longue durée avant le début du traitement. Elles sont également d'autant moins nombreuses que l'hospitalisation des malades a été plus longue. Sur les 528 cas traités, 266 ne sont plus hospitalisés.

L. Marchand.

De l'électrochocthérapie. C'est un devoir d'appliquer ce traitement aux malades chroniques, par Gunther E. Wolff. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 3, n° 10, avril 1955, p. 748).

Ce traitement peut être appliqué aux personnes âgées, soit agitées ou déprimées ; aux malades artério-scléreux, dont les troubles mentaux peuvent être de nature fonctionnelle et non organique. L'auteur a traité avec succès des épileptiques, des sujets atteints de la maladie de Parkinson, de sclérose multiple, d'hystérie, de dépression mentale. Depuis l'emploi de

l'électrochocthérapie, l'atmosphère des quartiers de malades est complètement changé. Sur 249 malades, on ne note que huit fractures ; le risque de fracture pour les os des sujets âgés est moindre que celui des accidents de la vie normale ; 51 furent très améliorés et 41 purent quitter l'hôpital. L'auteur ne comprend pas que des médecins hésitent encore à utiliser l'électrochocthérapie.

L. Marchand.

Modifications de la pression sanguine au cours de l'électrochocthérapie chez un malade prenant de la chlorpromazine hydrochloride (thorazine), par D.-M. Weiss. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 3, n° 8, février 1955, p. 617).

Le malade âgé de 47 ans était atteint d'un accès maniaco-dépressif. La chlorpromazine fut donnée progressivement par voie digestive jusqu'à la dose de 450 mgr. Comme le sujet allait de plus en plus mal, on décide d'associer au traitement l'électrochocthérapie. La dose de chlorpromazine fut diminuée (400 mgr.). Au premier choc convulsif, la pression sanguine tomba à zéro et le malade devint pâle, puis cyanotique et couvert de sueur profuse. En 30 minutes la pression sanguine revint à la normale. Au second choc convulsif, la dose de chlorpromazine fut encore diminuée (350 mgr.), la pression sanguine tomba encore à zéro. Le troisième jour, la dose de chlorpromazine fut de 250 mgr., la chute de la pression sanguine au cours du choc convulsif fut moins accusée. Quand le médicament fut complètement supprimé, on ne nota plus aucune chute de la pression sanguine. L'auteur conclut que l'électrochocthérapie ne doit être pratiquée qu'avec beaucoup de prudence chez les sujets qui prennent de la chlorpromazine et que l'on doit utiliser tous les moyens pour combattre le choc vasculaire.

L. Marchand.

Fracture de la hanche au cours de l'électrochocthérapie chez un malade avec moignon d'amputation à la cuisse, par L. Lanzkram. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 3, n° 9, mars 1955, p. 702)

Sujet de 57 ans atteint de démence précoce paranoïde. Il a été amputé de la cuisse gauche à la suite d'un accident vingt-sept ans auparavant. Au cours d'un cinquième électro-choc, causant une grande crise convulsive, fracture du col du fémur gauche constatée radiologiquement.

L. Marchand.

Hémiplégie consécutive à l'électrochocthérapie, par R. Thomas. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 3, n° 8, février 1955, p. 622).

L'hémiplégie droite s'est produite après le premier électro-choc chez un homme de 43 ans, de bonne constitution physique, atteint d'une psychose dépressive. Le malade guérit de son état dépressif et seize mois plus tard l'hémiplégie était en voie de régression. On note trois cas semblables dans la littérature.

L. Marchand.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Rédaction des « Annales médico-psychologiques ».

Dans le dernier numéro de décembre de notre revue, les lecteurs ont pu découvrir, au chapitre « journaux et revues » des variétés, un bref communiqué du Dr René Charpentier, nous apprenant qu'il abandonnait la charge de la publication des *Annales*, charge qu'il assurait depuis 25 ans.

La Société médico-psychologique a été saisie de cette décision en sa séance du 23 janvier et il n'est pas possible, dans ce numéro des *Annales*, destiné aux séances de décembre, d'exprimer longuement au Dr René Charpentier, comme nous le voudrions, tous nos regrets et toute notre reconnaissance.

Un article spécial sera consacré dans le prochain numéro de février à son œuvre pendant 25 ans et à sa lourde succession.

Séances

La séance *ordinaire* du mois de février 1956 aura lieu le *lundi 27 février 1956*, à 15 heures 30 *précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VIe arrondissement).

Nécrologie

M. le professeur Auguste Ley, de Bruxelles, *membre associé étranger* de notre Société depuis 1922.

HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES

Nominations

M. le Dr Mercier est nommé médecin-chef au quartier psychiatrique de l'hôpital-hospice de Pontorson (Manche), en remplacement de M. Breton ;

Mme le Dr Boittelle, médecin-chef de service, chargée à titre provisoire des fonctions de médecin-directeur à l'hôpital psychiatrique de Lorquin (Moselle), est nommée, dans l'intérêt du service, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique départemental de Clermont-de-l'Oise (Oise) (poste créé) ;

M. le Dr P. Danillon est désigné, en qualité de médecin-psychiatre, du centre pénitentiaire d'Oerminger, en remplacement de M. G. Boittelle, démissionnaire ;

M. le Dr H. Heyward est nommé médecin-chef de service à l'hôpital psychiatrique privé faisant fonction d'hôpital psychiatrique public de Leyme (Lot), en remplacement de M. Burguet, appelé à d'autres fonctions ;

M. le Dr P. Neveu, médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique de Quimper (Finistère), est nommé, dans l'intérêt du service, médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique de Lorquin (Moselle), en remplacement de M. le Dr G. Boittelle, appelé à d'autres fonctions.

Mise en disponibilité

Par arrêté en date du 23 novembre 1955, M. le Dr Martinat, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique faisant fonction d'établissement public à La Cellette (Corrèze), est mis, sur sa demande, en disponibilité pour convenances personnelles, pour une durée d'un an, à compter du 15 décembre 1955.

(*J.O.* du 9 décembre 1955, p. 12035).

Vacances de poste

Hôpital psychiatrique de Pierrefeu (Var) : un poste de médecin-chef est actuellement vacant (poste créé).

Etablissement national de bienfaisance de Saint-Maurice : un poste de médecin-assistant est actuellement vacant à l'établissement national de bienfaisance de Saint-Maurice (service du professeur Baruk).

Est envisagée la vacance d'un poste de médecin-chef à l'hôpital psychiatrique privé faisant fonction d'établissement public de La Cellette (Corrèze).

(*J.O.* du 5 décembre 1955, p. 11799).

Un poste de médecin-directeur est actuellement vacant à l'hôpital psychiatrique de Quimper (Finistère).

Un poste de médecin-chef est actuellement vacant à l'hôpital psychiatrique de Saint-Alban (Lozère).

(*J.O.* du 7 décembre 1955, p. 11902).

Est envisagée la vacance d'un poste de médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Rouffach (Haut-Rhin).

(*J.O.* du 8 décembre 1955, p. 11984).

Est envisagée la vacance d'un poste de médecin-chef à l'hôpital psychiatrique La Roche-Gandon (Mayenne).

(*J.O.* du 9 décembre 1955, p. 12043).

Les candidatures devront être adressées dans un délai de trois semaines, à dater de la publication des présents avis au ministère de la santé publique et de la population, direction de l'administration générale, du personnel et du budget, 7, rue de Tilsitt, Paris (17e).

Nouveau bulletin

L'association amicale des internes et anciens internes en médecine des hôpitaux psychiatriques de la Seine vient de faire paraître le premier numéro d'un Bulletin de liaison d'information destiné à renforcer et à élargir l'action de l'Amicale.

Concours-Nomination d'internes

Hôpital psychiatrique de Rouen.

A la suite du concours d'internat en médecine des hôpitaux psychiatriques de la région sanitaire de Normandie, qui a eu lieu les 12 et 13 décembre 1955, les candidats suivants ont été reçus définitivement dans l'ordre ci-dessous : MM. R. Dubois, D. Dedieu-Anglade, Piulet, Mlle Colin et M. Bonnet.

Concours pour la nomination d'internes en médecine des hôpitaux psychiatriques de la circonscription sanitaire de Lille

Lundi 20 février 1956, à 9 heures, il sera ouvert à l'hôpital de la Charité, 196, boulevard Montébello, à Lille, un concours pour la nomination de 11 internes en médecine des hôpitaux psychiatriques de la circonscription sanitaire de Lille.

Le registre d'inscription est ouvert à l'inspection divisionnaire de la santé, 26, rue d'Inkermann, à Lille. Il sera clos le jeudi 26 janvier, à 18 h.

Postes a pourvoir

Département du Nord.

Hôpital psychiatrique d'Armentières : 2 postes.

Hôpital psychiatrique de Bailleul : 3 postes.

Hôpital psychiatrique de Lommelet : 1 poste.

Département du Pas-de-Calais.

Hôpital psychiatrique de Saint-Venant : 4 postes.

Département de la Somme.

Hôpital psychiatrique de Dury-lès-Amiens : 1 poste.

Hôpital psychiatrique de Sainte-Marie-de-l'Assomption à Nice

Deux postes d'internes hommes seront mis au concours sous peu.

Hôpital psychiatrique de Limoges

Un concours pour le recrutement d'internes en médecine des hôpitaux psychiatriques de la région sanitaire de Limoges aura lieu le 16 février 1956. Pour tous renseignements, s'adresser à l'inspection divisionnaire de la santé, 44, cours Gay-Lussac, à Limoges.

Conditions d'admission au concours et formalités a remplir

Sont admis à concourir les étudiants en médecine pourvus d'au moins 16 inscriptions validées. Les candidats devront faire parvenir à l'inspection divisionnaire de la santé leur dossier, comprenant :

1° une demande mentionnant leurs noms, prénoms et adresse ;

2° un extrait de leur acte de naissance ;

3° un certificat de nationalité française ;

4° un extrait de casier judiciaire n° 3 (datant de moins de trois mois) ;

5° un certificat médical constatant qu'ils sont aptes à remplir les fonctions qu'ils sollicitent, délivré par un médecin assermenté ;

6° un ou plusieurs certificats médicaux attestant qu'ils ont satisfait aux obligations légales concernant les vaccinations obligatoires : vaccination contre la variole, les fièvres typhoïde et paratyphoïdes A et B., la diphtérie, le tétanos ; le certificat de cuti-réaction positive ou, à défaut, de vaccination par le B.C.G. ;

7° un certificat d'une Faculté ou Ecole de médecine attestant qu'ils sont titulaires de seize inscriptions validées ;

8° un bordereau établi en double exemplaire, des pièces ci-dessus énumérées.

Elles comprendront :

I. — *Epreuves écrites anonymes.*

a) une épreuve d'anatomie et de physiologie du système nerveux (durée : deux heures) ;

b) une épreuve de pathologie interne et une épreuve de pathologie externe (durée : trois heures pour l'ensemble des deux épreuves).

Chacune de ces épreuves sera cotée de 0 à 20. Pour être déclarés admissibles, les candidats devront avoir obtenu un minimum de 30 points pour l'ensemble des épreuves.

II. — *Epreuves orales.*

Une épreuve orale portant sur la conduite à tenir en présence d'un cas urgent de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique. Cette épreuve est cotée de 0 à 20.

Les candidats disposeront de 10 minutes pour la réflexion et de 5 minutes pour l'exposé de la question.

Directeur-gérant : Olivier GARAND.

MASSON et C^ie^ Editeurs, Paris
Dépôt légal : 1956 (1^er^ trimestre). — Numéro d'ordre : 2.371
Cahors, Imp. A. COUESLANT (*personnel intéressé*). — 88.852. — 1956
C.O.A.L. 31.2330.